UNIVERSITE de PARIS . VI .

FACULTE de MEDECINE . PITIE-SALPETRIERE

LN7

Année 1973 **THESE**

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d' état)

PAR

BOUJEMLA Brahim

Né le 25 février 1945 à MAHDIA

PRESENTEE et SOUTENUE PUBLIQUEMENT le

TITRE

GREFFES OSSEUSES DE RECONSTITUTION

DE L'ARETE NASALE DANS LES EFFONDREMENTS

DE LA PYRAMIDE OSTEO-CARTILAGINEUSE

Président : Monsieur P. CERNEA (Professeur)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548009_0006

UNIVERSITE de PARIS - VI -

FACULTE de MEDECINE - PITIE-SALPETRIERE

Année **THESE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d' état)

PAR

BOUJEMLA Brahim

Né le 25 février 1945 à MAHDIA

PRESENTEE et SOUTENUE PUBLIQUEMENT le

TITRE

GREFFES OSSEUSES DE RECONSTITUTION

DE L'ARETE NASALE DANS LES EFFONDREMENTS

DE LA PYRAMIDE OSTEO-CARTILAGINEUSE

Président : Monsieur P. CERNEA (Professeur)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur P. C E R N E A

Professeur de Clinique de Stomatologie
et de Chirurgie Maxillo-faciale
C.H.U. Pitié-Salpêtrière,

Directeur de l'U.E.R. de Stomatologie,

Qui nous a fait l'Honneur
d'accepter la Présidence de cette Thèse,

Nous avons appris notre spécialité dans son service,
avec intérêt de confiance.

Nous lui dédions modestement ce travail,
en gage de notre déférente gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean Marc S O U B I R A N

Chef de Clinique Assistant,

Qui nous a donné le sujet de cette Thèse

et dont les Conseils nous ont été précieux.

A la Mémoire de Mon Père,

A ma Mère,

A ma femme et à ma petite fille,

Avec toute ma tendresse et mon affection.

A mes frères et soeurs,

A mon cousin.

I N T R O D U C T I O N

L'ensellure nasale est une des déformations externes du nez les plus fréquentes.

FOMAN a dit que c'était la déformation nasale la plus fréquente après le nez cyphotique. Cette constatation est vérifiée par les nombreux cas opérés rapportés par les auteurs Français et Anglosaxons. Plusieurs centaines de greffes iliaques sont même rapportées par quelques chirurgiens.

Si l'on admet que tous les opérés n'ont pas eu une greffe iliaque, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une déformation courante.

La restauration de cette déformation très déplaisante ne date cependant que d'une centaine d'années. Elle a donné lieu à de nombreux travaux et autant de controverses. Le choix des matériaux de reconstruction a amené des discussions et chacun d'eux a connu une vogue transitoire.

Dès OLLIER qui, en 1867, réalisa la première greffe osseuse autogène, est apparue l'incontestable supériorité de celle-ci. En 1888, VON HACKER et KOENIG l'utilisent pour la première fois en rhinoplastie. GILLIES aurait été le premier à l'utiliser dans le nez ensellé.

Actuellement, c'est le moyen de correction qui a le plus large usage. MARTIN dès 1948, FOMAN , GERRIE, MACOMBER, GOLDMAN, DINGMANN, MARINO, CONVERSE ont ouvert la voie après la guerre. La grande majorité des auteurs Français l'utilisent ainsi que les Italiens (SAN VENERO, ROSELLI, BAZZI D'AMINO, CALZOLARI, GALANTI, DE AMICIS).

On trouvera dans cet exposé, l'analyse de l'utilisation des matériaux de choix pour le traitement des ensellures nasales. A ce propos, nous étudierons les différentes techniques de traitement de cette déformation. Nous insisterons plus particulièrement sur un procédé d'ostéosynthèse très efficace et très simple dans son emploi.

Enfin, nous rapporterons six observations ayant bénéficié de ce procédé.

A N A T O M I E

MORPHOLOGIE EXTERNE

MORPHOLOGIE INTERNE

STRUCTURE

A - Le squelette

B - Le plan périosto-périchondral

C - Les téguments.

I - MORPHOLOGIE EXTERNE.

Le nez occupe le tiers moyen de la face. Il a la forme d'une pyramide. Il présente à décrire :

- Deux faces latérales et une face postérieure,
- trois bords : deux latéraux et un bord antérieur.

1) Les faces latérales.

Symétriquement disposées de part et d'autre de la ligne médiane, munies en bas de la saillie de l'aile du nez.

2) La face postérieure.

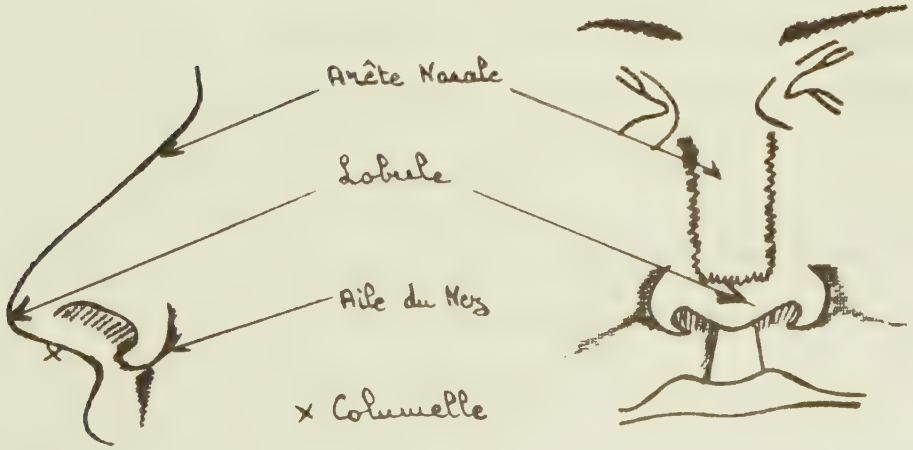
Par laquelle le nez s'unit au massif facial et est en rapport avec les fosses nasales.

3) Les bords latéraux.

Forment avec les faces latérales, les sillons naso-géniens.

4) Le bord antérieur.

Habituellement rectiligne, il résulte de l'adossement des deux faces latérales. Il est encore appelé dos du nez ou arête nasale. Celle-ci se termine par une saillie inférieure : le lobule du nez. Cette pyramide comprend un sommet : l'angle naso-frontal et une base qui est percée des deux orifices narinaires séparés par la sous-cloison ou columelle.



= Profil du Nez =

= Nez vu de Face =

II - MORPHOLOGIE INTERNE.

La pyramide nasale délimite une cavité : la cavité narinaire ou VESTIBULE des fosses nasales. Chambre d'admission de l'air vers les fosses nasales. Ce vestibule jour un rôle assez important dans la régulation de la respiration. C'est un couloir long de 2, 5 cm, large de 1, 5 cm et haut de 1, 5 cm, interposé entre les orifices narinaires et les fosses nasales. Il a la forme d'un entonnoir à grosse ouverture antérieure. Sa limite postérieure est un rétrécissement annulaire que les rhinologistes appellent OSTIUM INTERNE. La partie supérieure et externe de l'ostium interne forme un relief connu sous le terme de PLICA-NASI ou de limen nasi. Cette plica-nasi, que l'on voit bien en soulevant l'aile du nez, correspond essentiellement à la saillie du bord inférieur du cartilage triangulaire. En dehors et en bas, l'ostium interne est formé par le bord de l'orifice piriforme. En avant, le vestibule présente un recessus profond : le ventricule du lobule, répondant au dôme du cartilage alaire.

III - STRUCTURE.

Le squelette du nez est un tout ostéocartilagineux, revêtu d'un plan périosto-périchondral et habillé par les téguments.

A) Le squelette.

Il se divise classiquement en deux étages qui sont :

- la charpente nasale externe
- et son soutien.

1° - La charpente nasale externe.

Elle se compose de trois pyramides superposées (AUBRY) :

Une supérieure : osseuse et rigide,

une moyenne : cartilagineuse, élastique,

une inférieure : fibrocartilagineuse, mobile.

a) L'étage supérieur osseux.

Il commence à la racine du nez, formé par l'échancrure nasale du frontal. Il est composé des os propres du nez et de leur insertion frontale.

- Au niveau du frontal, l'épine frontale est un triangle à base supérieure. Le segment proche de l'écaille par la réunion des deux arcades sourcillères, forme la glabelle.

- Les os propres forment une gouttière à concavité postérieure s'élargissant vers le bas. Toute la partie latérale des os propres est réduite à une lame mince, leur partie antérieure s'épaississant à l'inverse de bas en haut. Ces os résistent vigoureusement à une force antéro-postérieure agissant pour les enfoncer, par leur insertion postérieure à la face antérieure de l'épine du frontal.

Ils sont solidement unis en avant par leurs bords antérieurs, habituellement rectilignes et qui peuvent être concaves, donnant ainsi le nez ensellé congénital osseux.

Le bord externe mince, taillé en biseau, s'unit au bord antérieur de la branche montante correspondante du maxillaire supérieur. La soudure de ces deux os est particulièrement intime.

Cet étage est donc fixe et rigide. Son épaississement central, l'arête nasale osseuse est l'arc-boutant médian de la pyramide nasale et, seul un traumatisme très violent pourra l'effondrer.

b) L'étage moyen cartilagineux.

Prolongeant le squelette osseux sur toute l'étendue de l'orifice piriforme, nous avons les éléments cartilagineux.

Les cartilages triangulaires.

- le bord supérieur s'articule au contour inférieur mince de l'os propre correspondant. Une membrane fibreuse très résistante les unit ;

- le bord inférieur répond au bord supérieur, du cartilage alaire ;

- Le bord interne s'unit au cartilage opposé par une bande fibreuse périchondrale passant en pont en avant du cartilage quadrangulaire.

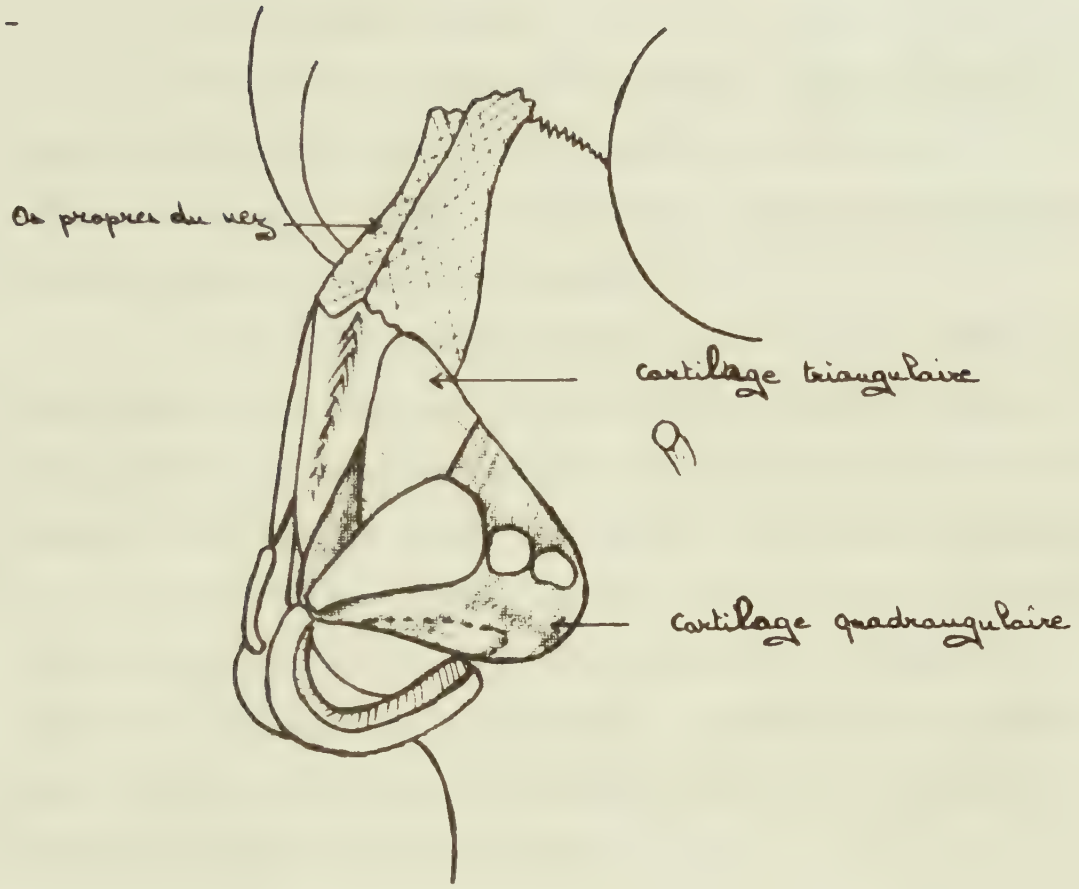
Le cartilage quadrangulaire septal.

Son bord antéro-supérieur oblique en bas et en avant, forme l'arête nasale cartilagineuse.

Pour certains auteurs, les cartilages triangulaires sont des prolongements latéraux du cartilage quandrangulaire.

L'auvent des triangulaires est débordé vers le bas par le cartilage quandrangulaire.

Cet étage cartilagineux est donc fixe et élastique.



=Les 3 Pyramides Superposées=

c) L'étage inférieur fibro-cartilagineux : ou pointe du nez.

Il est formé essentiellement par les cartilages alaires qui ont la forme d'un fer à cheval. Ils sont entourés par un tissu fibreux dense qui les isole des éléments cartilagineux sus-jacents.

Ces cartilages forment la charpente antéro-interne des orifices narinaires.

Cet étage est mobile et particulièrement élastique.

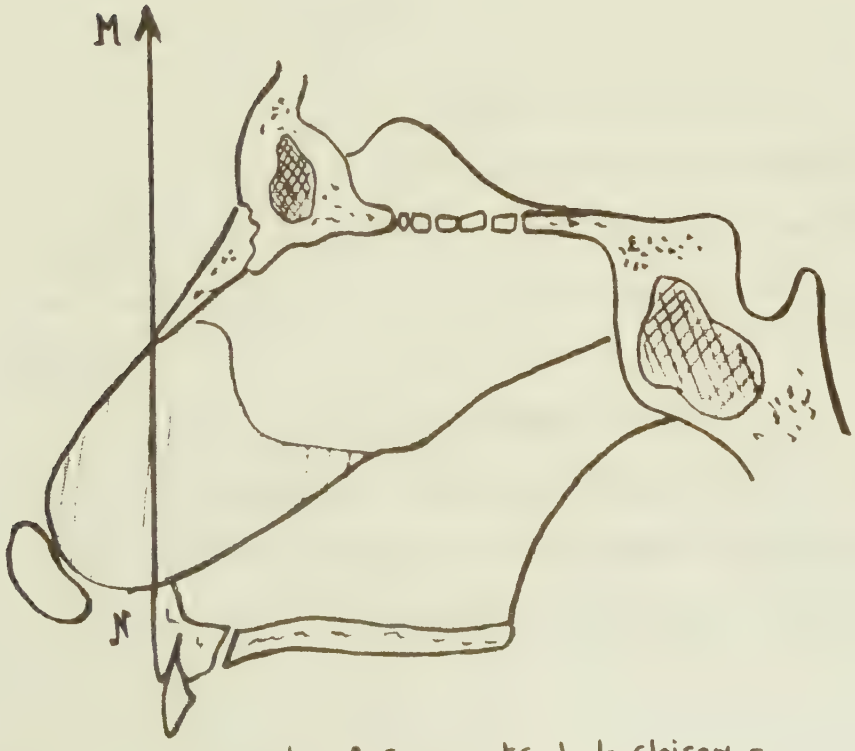
2° - Le soutien de la charpente nasale externe.

Il est assuré par un pilier médian et deux piliers latéraux.

a) Le pilier médian.

C'est le septum nasal, dont le rôle est variable selon le segment considéré. Une ligne mince de l'extrêmité inférieure de la suture des os propres en haut à l'épine nasale antérieure du maxillaire supérieur en bas, délimite deux segments.

La déformation ou même la destruction du segment postérieur n'amène aucun affaissement extérieur de l'auvent osseux avec lequel il est en rapport. Le segment antérieur est par contre, par son bord antéro-supérieur, classiquement le pilier de soutient de la voûte cartilagineuse du nez. C'est un triangle presque rectangle, dont la hauteur est cette verticale qui sépare les deux segments de la cloison. La base est le bord inférieur du cartilage quadrangulaire, l'hypoténuse le bord dorsal antéro-supérieur donc du même cartilage. C'est un segment uniquement cartilagineux. Rôle capital de soutien.



= Les 2 segments de la cloison =

Au dessus du septum, l'épine nasale du frontal et au niveau de la pointe, les crus médiales sont les autres éléments du pilier médian.

b) Les piliers latéraux.

Chaque pilier latéral est formé de haut en bas par :

- En haut : - l'os propre,
  - Les apophyses montantes du maxillaire supérieur.
- Au milieu :- Les cartilages triangulaires.
- En bas : - Les crus latérales.

B) Le plan périosto-périchondral.

C'est le premier plan de couverture au squelette. Le périoste adhère inégalement à l'os suivant les régions. Cette adhérence est plus marquée au niveau de la ligne médiane où la rugine ne décolle pas mais dilacère ou refoule vers le haut. Plus bas, le périoste se poursuit par le périchondre.

C) Les téguments.

1° - La musculature du nez.

Elle est composée du pyramidal, du transverse du nez, du myrtiforme, du dilatateur propre des narines et de l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Le nez est donc un organe mobile.

2° - Le revêtement externe.

La peau qui recouvre la pyramide nasale est mince au niveau de la racine et doublée à sa face profonde d'un tissu cellulo-graisseux qui facilite la dissection. Elle est épaisse, adhérente à la couche

sous-jacente au niveau de l'aile du nez et de la sous-cloison.

La peau du nez est riche en glande sébaccée, surtout au niveau du lobule et des ailes.

3° - Le revêtement intérieur.

Ce revêtement est muqueux, sauf au niveau des narines où la peau se réfléchit de bas en haut à l'orifice antérieur des fosses nasales. Elle est fragile et adhère au squelette, mais elle se décolle bien au niveau de la cloison où elle a 3 mm d'épaisseur et du plancher où, par contre, elle est mince.

Elle est donc très proche du soutien ostéocartilagineux du nez et constitue une voie d'abord commode.

M O R P H O L O G I E N O R M A L E

Il existe une morphologie normale que la correction s'efforce d'atteindre. On appréciera chaque élément puis l'ensemble, en comparaison avec le visage.

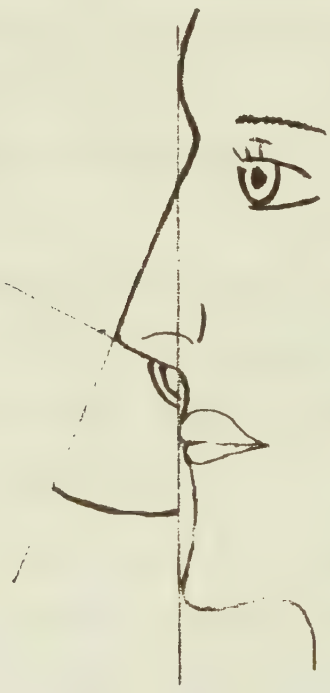
I - DE FACE.

- Le nez occupe le tiers moyen de la hauteur du visage, entre le tiers supérieur qui va du sommet du front à l'angle naso-frontal et le tiers inférieur qui va de l'angle sous nasal à la pointe du menton.

- Dans un nez harmonieux, la columelle saille au-dessous d'une ligne menée à partir des bases des ailes du nez, ces structures formant ainsi un angle largement obtus columello-alaire, l'ensemble des points créant un triangle isocèle (CONVERSE).

- L'arête nasale est verticale et rectiligne - large dans sa partie osseuse, elle s'amincit dans sa partie cartilagineuse et s'élargit à nouveau vers la pointe. La base mesure entre 2, 5 cm et 3 cm.

Toute cette pyramide est symétrique, la pointe tombant au milieu de l'écartement des narines.



II - DE PROFIL.

L'examen se fait sur le sujet lui-même et sur les photos. L'arête est mesurée en appréciant en même temps, la situation du front

de la glabelle, des lèvres et du menton. GONZALES-ULLOA mène une perpendiculaire au plan de Frankfort qu'elle coupe au nasion. Ainsi, on peut apprécier la situation respective de nos repères : nez = 3, lèvre sup. = 1 ; lèvre inférieure-menton = 2.

Dans le nez, si le segment osseux de l'arête = 2,

le segment cartilagineux = 2

les alaires = 1.

Normalement, l'arête est rectiligne, avec une dépression inconstante avec la jonction et avec le lobule.

- L'angle naso-frontal : ouvert entre la verticale qui unit front et lèvres et une ligne menée du nasion au point le plus saillant de la pointe du nez, mesure normalement entre 30° et 40°.
- L'angle naso-labial entre columelle et lèvre supérieure mesure de 90° à 110°.
- La racine du nez marque une dépression légère (4mm) naso-frontale au-dessous de la saillie de la glabelle dont la situation est plus ou moins haute : haute correspondant au nasion de la race blanche et basse à celui de la race noire, d'où une large concavité.

L'examen se terminera le nez vu par en bas, la tête en hyper-extension, où l'on apprécie la base du nez dont la forme idéale est un triangle isocèle. On apprécie aussi la forme de la sous-cloison, sa largeur et sa position.

WILLEMOT conseille l'examen par en haut qui prend l'arête en enfilade. Un examen de trois quarts terminera ce bilan morphologique.

E T I O L O G I E D U N E Z E N S E L L E

L'étiologie des nez ensellés est dominée par trois causes, d'ailleurs d'importance inégale.

I - ETIOLOGIE TRAUMATIQUE.

1° - Le traumatisme accidentel

- La fréquence croissante des accidents de la circulation place cette étiologie de loin, en tête. 87 % des fractures du massif facial y ont leur origine, (CREPY) et 45 % de fractures du nez dans les traumatismes de la face. (AUBRY).

A côté de cette étiologie majeure on a les accidents du travail, les traumatismes sportifs et les traumatismes de l'enfance.

- L'ensellure peut être la conséquence inévitable d'un grand fracas ayant entrainé une perte de substance ou d'une fracture impossible à réduire et à contenir. Mais, souvent c'est la rançon d'une fracture laissée sans traitement. L'impact, la direction et la puissance du choc, font que certains types de fractures sont plus spécialement en cause.

a) Le choc antéro-postérieur sur le segment osseux peut donner chez l'enfant, une fracture en livre ouvert, la suture médiane ne résistant pas. Chez l'adulte, l'auvent osseuse s'enfonce entre les apophyses montantes. Dans ces deux cas, il est habituel que la cloison se fracture en deux ou plusieurs fragments.

b) Le choc sur la voûte cartilagineuse donne une fracture de la cloison. On a ainsi une ensellure en marche d'escalier par diminution du pilier de soutien .

c) Le choc sur la pointe entraine surtout une fracture de la cloison pratiquement verticale : fracture de Chevallet).

Dans tous les cas et particulièrement dans les chocs violents avec des dégâts qui échappent à toute systématisation, peuvent s'associer des déformations diverses : scoliose, élargissement de la pyramide, déviation septale, séquelles d'autres fractures du massif facial,graves lésions tégumentaires..

2° - Les traumatismes opératoires.

DENECKE les appelle"nez iotrogènes"et TESSIER "les nez chirurgicaux".

a) La résection du cartilage septal.

La plupart des affaissements sont dus à un excès de résection, aucun soutien n'est laissé dans la partie antéro-supérieure du cartilage septal.

Dans l'étiologie des ensellures, FORMAN invoque la rétraction dicatricielle secondaire de la muqueuse, car pour lui, le rôle essentiel de soutien du dorsum revient aux cartilages triangulaires solidement attachés aux os propres et aux branches montantes. (le fait que l'affaissement ne se produise que plus tard, montre qu'il ne relève pas d'un manque de support mais de la rétraction cicatricielle).

b) La reposition de cloison.

Lors d'une simple reposition, le fragment antérieur mobilisé peut se décaler légèrement, provoquant une marche d'escalier de la partie moyenne de l'arête.

Sa prévention peut se faire par une suture passée dans chacune des deux fragments avant l'incision verticale et nouée ensuite. (Point de JOST).

c) La résection septale associée à la reposition.

d) La chirurgie isolée de la cloison dans un nez ensellé.

Il faut rétablir le soutient nasal.

e) La rhinoplastie modelante.

II - ETIOLOGIE CONGENITALE ET NEO-NATALE.

1° - Causes congénitales.

L'hérédo-syphilis était la grande pourvoyeuse de ces nez ensellés congénitaux par trouble du développement. Certaines ensellures peuvent se retrouver chez plusieurs membres de la même famille et sont héréditaires. On insiste actuellement sur le rôle des microfractures de la vie intra-utérine qui perturberaient l'activité des centres de naissance.

N.B. Chez certaines races, l'ensellure est un caractère génétique (les Noirs par exemple).

2° - Causes néo-natales.

Le traumatisme obstétrical (Forceps) créé des déformations dont la plupart disparaissent vers le 3 ème mois.

III - ETIOLOGIE INFECTIEUSE.

1° - Les ensellures par infections non spécifiques, sont les plus nombreuses, secondaires à une ostéite ou une chondrite, par inoculation directe ou plus souvent par surinfection secondaire. La prophylaxie réside dans la surveillance étroite des malades : antibiotiques - Evacuation immédiate d'un hématome.

2° - Les ensellures par infections spécifiques.

a) La syphilis.

Rare en France mais n'est pas exceptionnelle chez les Nords-Africains. Les difficultés opératoires sont augmentées par l'existence de rétractions cicatricielles.

b) La tuberculose. Maladie de Koschier et de Zimmer-Leibovici. Très rare.

c) L'ozène : nez camard.

d) Pian, la leïsmaniose et la lèpre sont exceptionnellement rencontrées.

E X A M E N C L I N I Q U E E T P A R A C L I N I Q U E

A) EXAMEN CLINIQUE

Avant toute correction, il faudra apprécier les éléments atteints et les fonctions perturbées.

Rechercher toujours une obstruction nasale uni ou bilatérale,

une rhinolalie fermée,

un trouble olfactif,

une rhinorrhée cérébro-spinale dans les grands trauma.

Une ensellure nasale est souvent l'expression externe de destructions graves.

Examen rhinoscopique : au spéculum de Palmer.

- L'orifice narinaire est normalement ovale, longitudinal et ici il est souvent aplati transversalement. On appréciera sa tonicité.

- La cloison a perdu sa hauteur normale, elle peut être épaissie ou déviée.

- On appréciera aussi l'état de la muqueuse (qui doit être propre avant toute intervention).

Palpation de la pyramide nasale :

- Elasticité et résistance de la pointe,

- Qualité de la peau.

B) LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1° - La radiologie.

Avant l'opération, on prendra un cliché de profil avec des rayons peu pénétrants. Il mettra en évidence les contours de la charpente sur laquelle se dessinent les plans de couverture d'une façon très juste.

Le contrôle radiologique de l'architecture de la greffe osseuse et de son évolution a ici un intérêt particulier.

2° - La photographie.

Elle est primordiale. Montre mieux par comparaison, l'état pré et post-opératoire. Rend plus aisée la description des lésions. Permet de tracer la correction à apporter.

3° - Les graphiques.

FURUKAWA fait des graphiques et mesure exactement chaque accident du nez.

L E S F O R M E S C L I N I Q U E S

Nous commencerons par citer les déformations à ne pas confondre avec le nez ensellé.

- Les ensellures relatives : la pointe est projetée vers l'avant,
- Les ensellures avec perte de substance tégumentaire,
- Les nez brefs : pointe ramenée vers le haut,
- Les nez écrasés : toutes les structures du nez,y compris la pointe, sont écrasées.

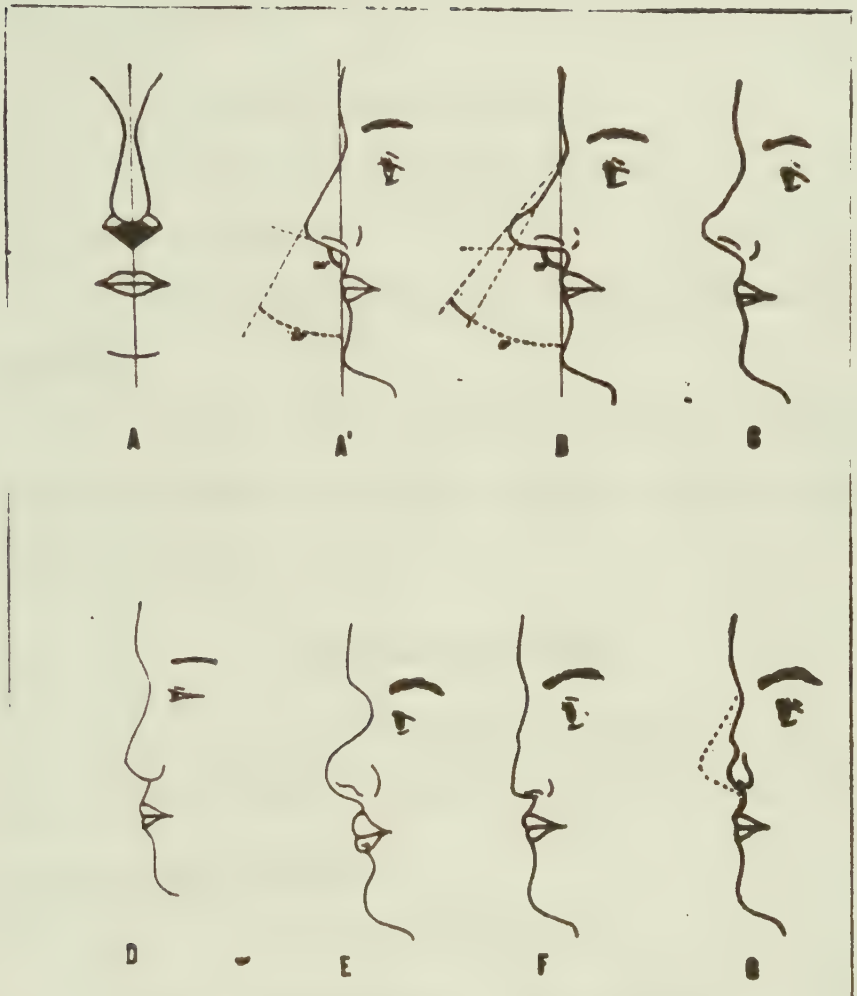


Fig. 3

DIFFERENTS TYPES DE NEZ

A. — Nez normal de face. L'ensemble des points base des ailes-columelle forme un triangle isocèle.

A'. — Nez normal de profil (d'après GALTIER).

B. — Pseudo-ensellure. Combler cette pseudo-ensellure aggravera la surélévation du profil déjà égale à 41°. Il faut abaisser la pointe.

C. — Nez retroussé.

D. — Nez asiatique.

E. — Nez camus (race noire).

F. — Nez plat traumatique.

G. — Nez en bouledogue (syphilis, lèpre).

1° - Morphologie.

De face :

- La base du nez est élargie.
- L'arête est raccourcie, émoussée. Elle est parfois élargie ou déviée.
- La columelle, souvent élargie et très visible.

De profil :

En menant une ligne droite de la glabelle à la pointe, on a un déficit siégeant sur l'arête osseuse au cartilagineux. Son importance et son siège sont variables.

2° - Les formes cliniques.

a) Les ensellures simples.

Elles sont, selon leur importance, partielles ou totales.

Les ensellures partielles.

Les ensellures osseuses.

Il y a une cassure du tiers supérieur du profil au niveau des os propres du nez. La pointe et la lame quadrangulaire sont respectées. D'origine traumatique en général.

Les ensellutes cartilagineuses.

Affaissement de la partie moyenne de l'arête entre les os propres et la pointe qui conserve une certaine saillie.

La fracture du septum cartilagineux, créé un coup de bache qui interrompt sans transition, le profil normal.

Classiquement après résection généreuse de la cloison.

Les ensellures totales.

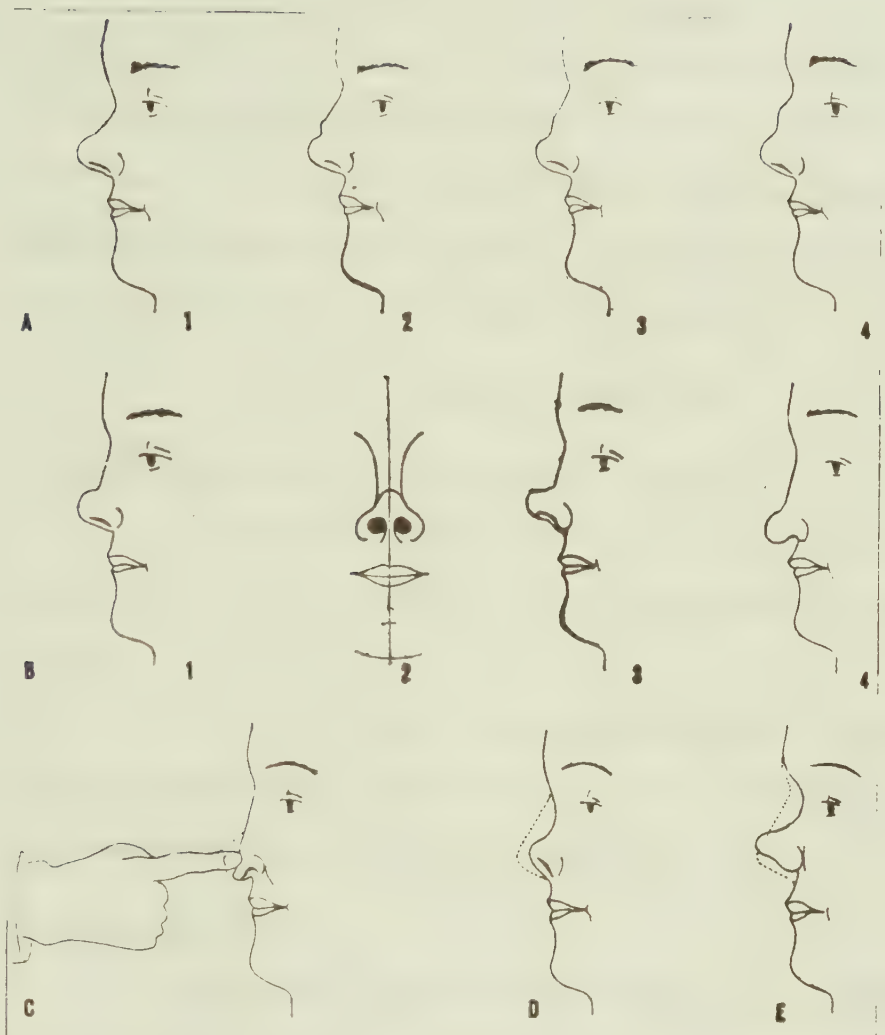


Fig. 4

LES NEZ ENSELLES

A. — Ensellures partielles :
   1) Osseuse.
   2) Cartilagineuse après fracture du septum cartilagineux.
   3) Cartilagineuse après résection de cloison.
   4) Ensellure cartilagineuse et bosse sus-jacente.

B. — Ensellures totales :
   1) Avec lobule en place.
   2) et 3) Avec lobule remonté (face et profil).
   4) Avec lobule abaissé.

C. — Perte de soutien du lobule mise en évidence par l'appui sur la pointe.

D. — Type III de Joseph de nez ensellé.

E. — Enfoncement naso-fronto-ethmoïdal.

Souvent il s'agit d'un traumatisme violent. Toute l'arête nasale a disparu. Le lobule peut avoir perdu son soutien ; l'appui sur la pointe du nez montre si le soutien profond est conservé ou non. Dans les formes où le soutien a disparu, les orifices narinaires peuvent être anormalement visibles de face (nez en prise de courant) ou bien le lobule est descendu avec un angle columello-labial aigu.

b) Les ensellures associées.

Les associations avec d'autres lésions nasales.

Il existe fréquemment une atteinte de la cloison, des ailes du nez, des orifices narinaires (sténose après abcès non drainé de la cloison).

Il y a une forme clinique particulière où il existe une atrophie tégumentaire globale sans solution de continuité et une atrophie ostéo-cartilagineuse réalisant un nez réduit.

Les enfoncements.

L'enfoncement traumatique du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-frontal, donne une ensellure très particulière avec un nez qui s'implante à la face inférieure du front. Il peut s'y associer un élargissement des canthus internes des yeux.

Les associations avec les séquelles d'autres traumatismes du massif facial.

L'enfoncement frontal, la dislocation orbito-nasale, les traumatismes malaires et du maxillaire supérieur. GOSSEREZ en 1956, relevait 27 % d'association traumatique nasal-traumatisme de la face.

L E M O D E O P E R A T O I R E

Nous étudierons dans ce chapitre successivement, les soins préopératoires et l'anesthésie, puis la prise du greffon et son modelage, les voies d'introduction du soutien, la préparation de la surface réceptrice et enfin, l'immobilisation.

LES SOINS PRE-OPERATOIRES ET L'ANESTHESIE.

A) Les soins pré-opératoires.

Le lit du futur soutien doit être en bon état dès la voie d'abord. Un état infectieux local demande des soins intensifs.

B) L'anesthésie.

L'anesthésie générale avec intubation est toujours indiquée. Une infiltration locale est associée, créant un décollement.

C) La succession des divers temps.

Certains, à la suite de L. DUFOURMENTEL, conseillent de faire d'emblée la voie d'abord, puis le décollement nécessaire et ensuite de pratiquer le prélèvement du greffon. Ainsi, on pourra prendre l'exacte mesure du comblement nécessaire. Une mèche inbibée de substance vaso-constrictive est placée en attente et l'hémorragie sera tarie quand l'on pratiquera l'introduction du greffon taillé.

Cette tactique a l'inconvénient de faire succéder à un temps relativement septique, un temps aseptique. Nous trouvons plus simple de faire d'emblée le temps de prélèvement du greffon, puis de faire la voie d'abord

LE PRELEVEMENT DU GREFFON ET SON MODELAGE.

1° - <u>L'origine de la greffe</u>.

Il existe de nombreuses sources, mais elles sont d'une utilité variable.

Nous étudierons en détail, la greffe iliaque, puis la greffe costale qui sont d'usage habituel dans le nez ensellé pour passer rapidement sur les autres sources.

A) La greffe d'os iliaque.

- C'est LINDEMANN qui utilisa le premier cette technique.
- Deux éléments sont à respecter lors du prélèvement :
  - Le fémoro-cutané qui passe en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure,

- Le Facia lata, qui fait courir un risque de claudication s'il est désinséré (AUBRY). Il faut donc ménager la table externe.

- La crête est composée en grande partie d'os compact.

Le prélèvement.

On fait saillir la crête iliaque à opérer en plaçant un coussin sous la fesse du même côté.

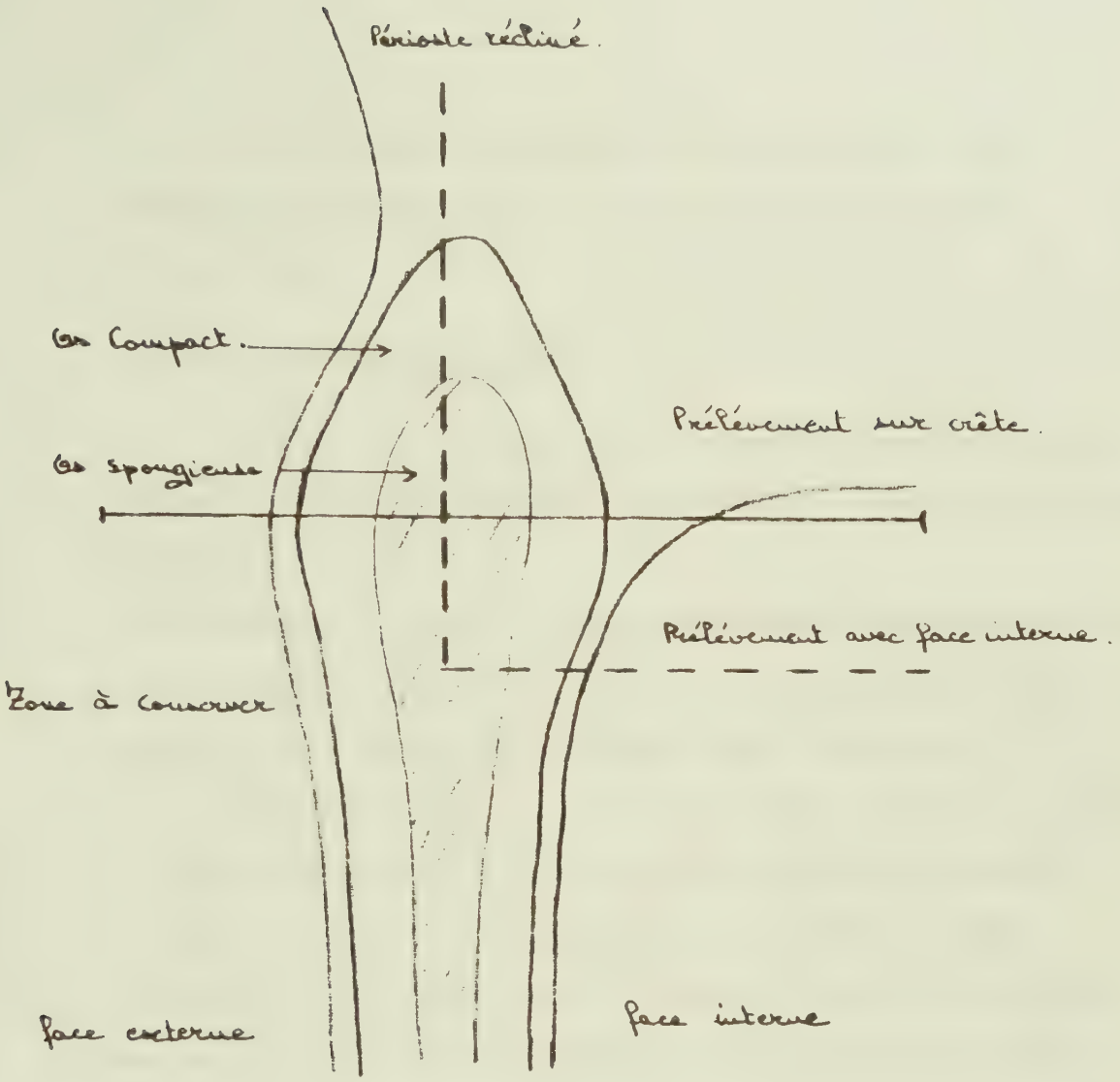
- L'incision.

Curviligne d'une dizaine de cm, le long de la crête en arrière de l'E.I.A.S. On tombe rapidement sur le périoste qu'on incisera et qu'on élève à la rugine sur la crête en dedans et en dehors.

- Le prélèvement proprement dit.

Une valve refoule les organes intraabdominaux et le prélèvement dessiné par un ostéotome fin,-ceci sera fait avec une large marge de sécurité- On ramène le greffon après quelques coups de ciseaux droits verticaux, parallèles à la crête puis aux limites antérieures et postérieures. Celui-ci comprend en général, la médullaire et la corticale interne de la crête puis la face interne de crête avec le spongieux voisin.

On termine en arrondissant les angles vifs qui peuvent exister ; le périoste est fermé au catgut. Les muscles sont réintégrés et suturés soigneusement. Hémostase, un drain aspiratif de Redon est laissé pendant 48 h et le pansement sera compressif.



= Coupe de la Crête =

Les suites.

Par la minutie du temps opératoire, la simplicité des suites sera assurée.

Une bonne technique, prévenant un hématome et préservant au mieux les insertions musculaires, diminue incontestablement l'intensité de la douleur. La claudication est prévenue par le respect de tout l'os externe et par le lever précoce. L'infection est rare et n'existe que dans certaines conditions hospitalières.

Le prélèvement est contre-indiqué chez l'enfant car il peut gêner le développement de la crête, en lésant les noyaux d'ossification.

B) La greffe costale.

Déjà en 1912, MACE WEN utilise un greffon costal pour réparer une malformation d'un maxillaire. Par la suite, ce greffon a été utilisé fréquemment.

- Le prélèvement du greffon se fait habituellement au niveau de la 7 è, 8 è, 9 è côte, surtout droite. Si l'on veut que la cicatrice soit cachée, on peut prélever dans l'aisselle sans inconvénient.
- On pratique une incision de 8 à 10 cm de long, située entre la ligne axillaire antérieure et la ligne axillaire postérieure, parallèle à la côte choisie. Le périoste est décollé, on résèque la côte en sous périosté. En faisant jouer les écarteurs en avant et surtout en arrière, on peut prélever un greffon d'une longueur de 15 à 18 cm.
- Le lit de la côte est refermé, les masses musculaires et la peau suturés plan par plan. Un petit saignement dû à la rugine peut se produire en arrière. Il cède habituellement au tamponnement et est plus sûrement controlé par un drain de Redon.
- DINEEN et GRESHAW prélèvent un "copeau de côte" : la côte est espacée de la même manière. Avec un bistouri, on incise sans les enlever, des lambeaux de périoste et en utilisant une Gouge courbe, on prélève de fines tranches de périoste et d'os accollés.
- Le greffon de côte peut être ouvert en deux et on obtient ainsi deux hémi-greffons avec une face d'os spongieux et une cortical.

C) Les autres sources.

- La greffe d'os tibial.

Le risque de fracture et la création d'une cicatrice très évidente ont amené la majorité des chirurgiens à l'abandonner.

- L'os mastoïdien.

Matériel de bonne qualité mais de quantité limitée.

- L'os hyoïde.

2° - Les différentes formes de greffon.

Le greffon ayant été placé dans un milieu de Ringer ou dans du sérum physiologique avec des antibiotiques, est sculpté avec des pinces coupantes, des rongeurs, des ciseaux frappés. Rapes et limes régulariseront l'os et faciliteront sa mise en place.

Bien que la forme varie selon chaque cas particulier, on peut réaliser trois types : - le greffon simple dorsal,

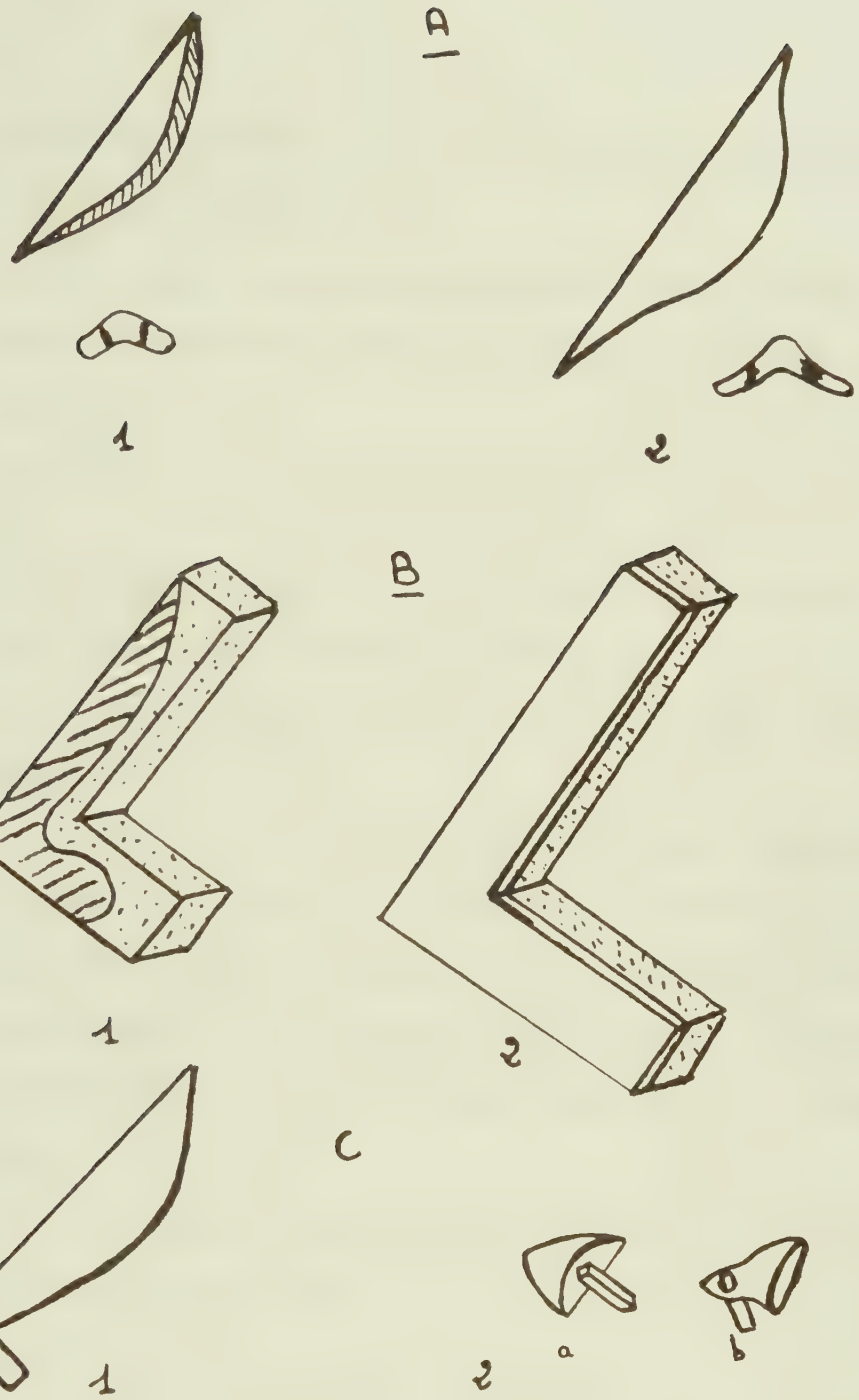
- le greffon en L,

- le greffon en deux parties.

A) Le greffon simple.

Sa forme est ovoïde, s'élargissant progressivement à partir de l'extrêmité supérieure, puis s'effilant à nouveau en pointe. La largeur et l'épaisseur de la face inférieure du greffon varient avec l'importance de l'ensellure et la forme du plan osseux nasal sous-jacent.

Certains l'introduisent de manière à ce que la corticale forme l'arête, d'autres préfèrent orienter la face spongieuse vers les téguments dans l'espoir d'assurer une meilleure irrigation sanguine.



A - Greffon dorsal isolé = 1 - Simple vu de profil.
2 - Avec des expansions latérales importantes (Holmes)

B - Greffon en L = 1 - Ecluvissement en os spongieux.
2 - En os cortical et spongieux.

C - Greffon en 2 parties = 1 - Greffon monté.
2 - Types d'encastrement = a) Aubry.
b) Converse.
c) Grignon.

= Les Différents Types de Greffons =

Dans ce cas, il faut pratiquer une ablation de la corticale qui sera en contact avec les os propres.

- L'utilisation de ce type de greffon est particulièrement intéressante dans la correction des ensellures avec conservation du soutien de la pointe.

B) Le greffon monobloc en L.

C'est un greffon en une pièce, avec une branche pour l'arête et une autre pour le soutien de l'arête.

Il faut une grande expérience pour le tailler à la bonne dimension.

Beaucoup de chirurgiens placent la petite branche dans la columelle, ce qui donne une pointe rigide. JOST estime que cette branche est destinée à reconstituer la cloison d'où il est fait exclusivement d'os cortical bien aminci. De ce fait, le greffon à la forme d'un angle droit ou même obtus pour laisser la columelle très libre.

Ce greffon a l'avantage sur le greffon en deux parties, de se déplacer moins facilement.

C) Le greffon en deux parties.

Il a une partie dorsale et une partie columellaire, destinée à empêcher la bascule en avant du greffon principal.

Le greffon dorsal a la forme ovoïde et le greffon columellaire d'une baguette relativement épaisse. L'union des greffons pouvant se faire par ostéosynthèse au fil d'acier ou par encastrement (AUBRY-SENECHAL, CONVERSE) : une baguette est faite à l'extrémité inférieure

de la greffe où l'extrêmité supérieure de la baguette columellaire se logera à frottement dur. GRIGNON encastre une causale en marche d'escalier columellaire, dans une encoche sagittale dans l'extrêmité du fragment supérieur.

- Quelque soit le type d'union choisi, on la réalisera toujours après introduction du greffon dorsal dans le foyer.

LA MISE EN PLACE DU GREFFON.

I - Les voies d'abord.

La voie d'abord est fonction de la forme, du volume et de la nature du soutien.

Il faudra donc choisir entre les différentes conditions, ce qui explique les nombreuses propositions. On les classe en voies directes et voies distantes, lesquelles se divisent en incisions endonasales et externes.

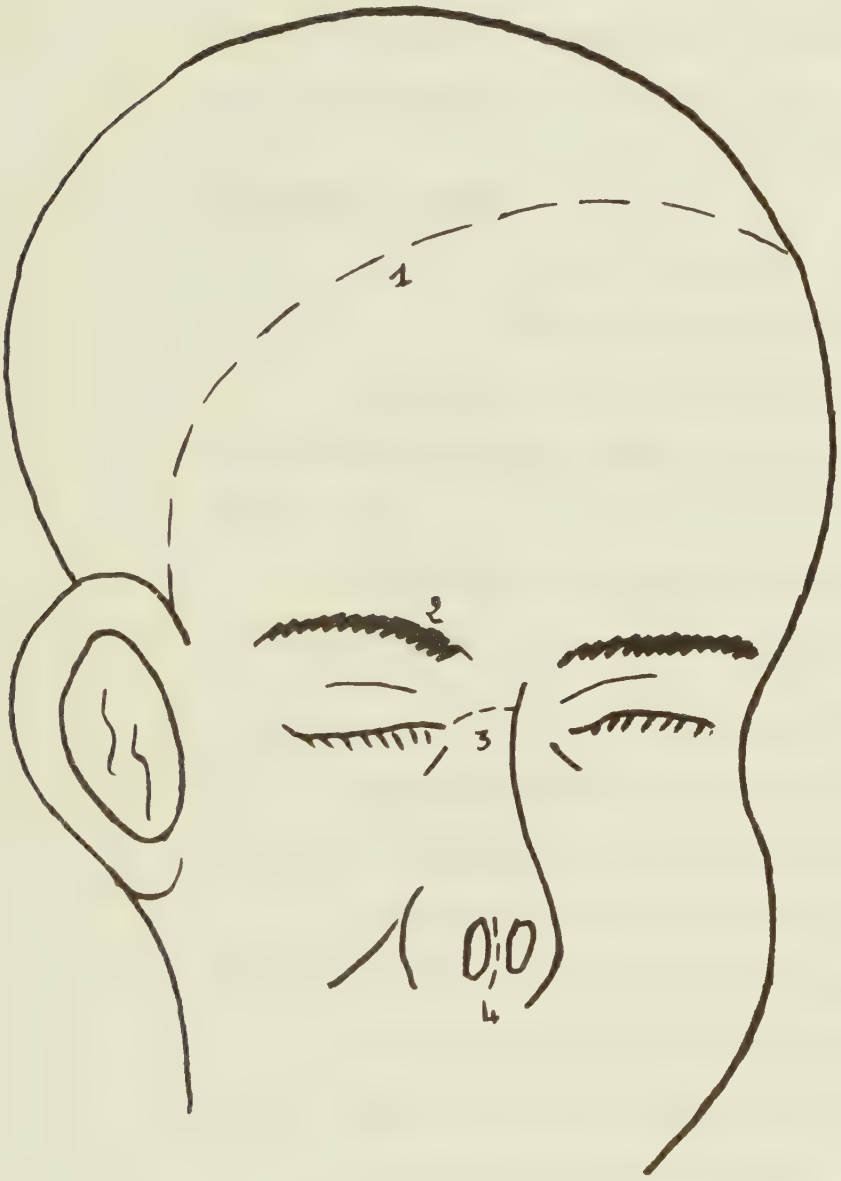
Les voies directes.

1° - La voie frontale haute : UNTERBERGER.

L'incision est dissimulée dans le cuir chevelu. Le décollement va jusqu'à la racine du nez. AUBRY l'utilise pour la réduction et la contention des fractures du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-frontal.

2° - La voie dorso-nasale.

L'incision est limitée, elle a la forme d'un arc horizontal. SENECHAL estime qu'il y a possibilité de désunion puisque la suture est au niveau de la greffe.



1)- voie frontale haute
2)- la racine du sourcil
3)- la voie dorso-nasale
4)- Columellaire

= Les Voies D'abord Directes =

3° - La racine du sourcil.

Utilisée par DUFOURMENTEL en 1926. Depuis a été abandonnée car elle compromet la stabilité de la greffe par la création d'un diverticule latéral.

Les voies distantes.

1° - Les voies endonasales.

a) Incision intercartilagineuse.

Elle est faite au niveau de la plica-nasi, entre le cartilage alaire et le cartilage triangulaire et est associée à une incision transfixiante.

JOST met par cette voie, des greffons en L. CONVERSE et TESSIER l'utilisent pour des greffons en deux parties.

b) Les incisions (limitées) en deça du Plica-nasi.

- Incision latérale au bord inférieur de l'alaire gauche : à 2 mm à l'intérieur du vestibule. Utilisée par FARINA ;

- incision intercartilagineuse unique : (de 1 cm environ). Utilisée par GALTIER et JOSEPH pour un greffon simple ;

- incision moitié sur la sous-cloison, moitié sur l'aile : à 1 mm du bord libre. Pour un greffon double (GALTIER) ;

- incision marginale antérieure (PERRET) ;

- transcartilagineuse. Pour CONVERSE, c'est la meilleure méthode pour les greffes allant du dos osseux à la pointe.

- transfixiant le septum membraneux (HOLMES).

c) Incision columellaire étendue.

Elle est faite sur la face externe de la columelle.

Elle peut être prolongée progressivement horizontalement sur le plancher de l'orifice narinaire, en arrière du bord du seuil de la narine.

MATHEWS sectionne ensuite ce seuil par une incision verticale et obtient une béance supplémentaire, permettant de placer un greffon en L.

d) Incisions bilatérales,

permettent de modifier les deux alaires ; évitent de mettre le greffon de travers.

2° - Les voies externes.

a) Le décollement columellaire.

GILLIES passe une lame de bistouri à travers le septum jusqu'au plancher vestibulaire, l'amène à la base de la columelle par un petit coups et sectionne à ce niveau. La columelle relevée, les deux couches du septum sont bien vues. On commence le décollement à la base de la columelle.

SENSOUL et MEYER : l'incision à labase de la columelle est en "Y" ou en "V".

COOGHLIN : prolonge l'incision vers les deux ailes du nez par les vestibules.

RETHI : pratique l'incision transversale dans la région sous-lobulaire. La projection du nez en avant rend cette incision visible.

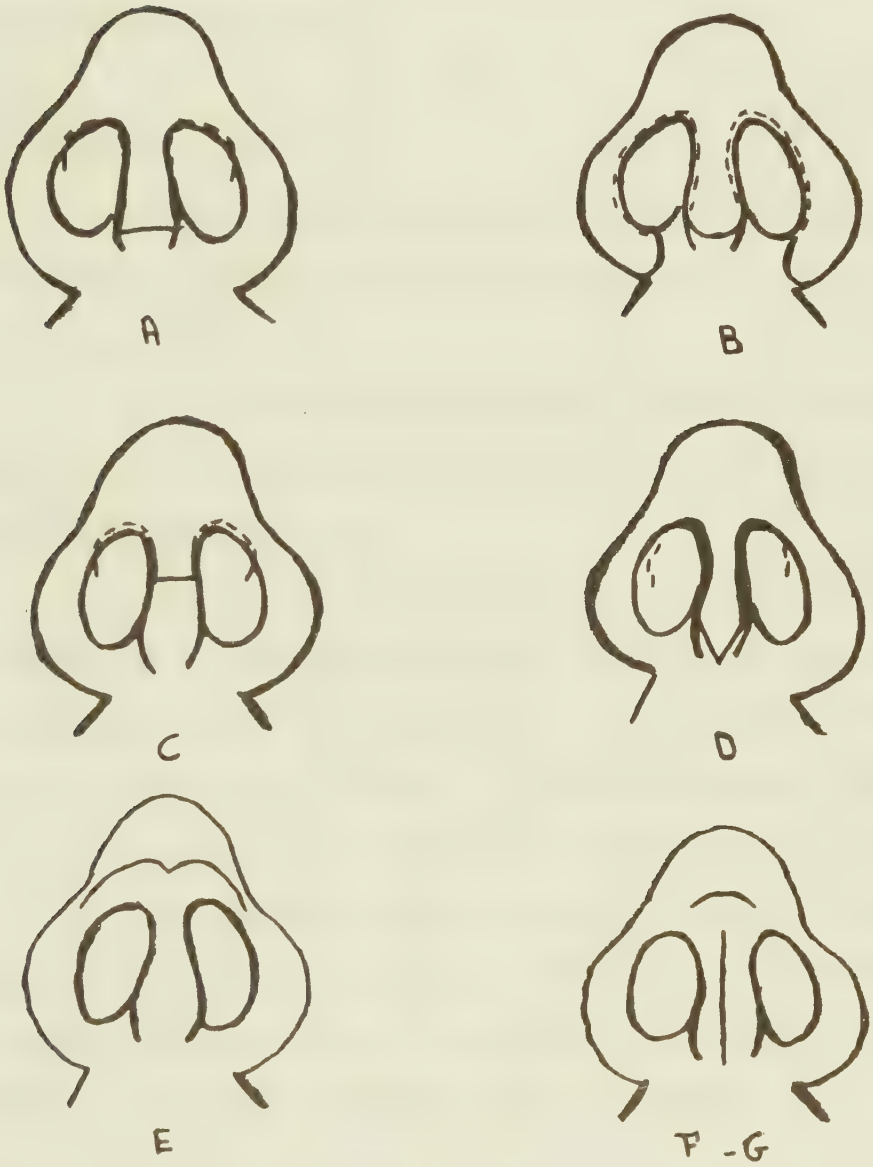
b) Les incisions de la base du nez.

KAZANDJIAN : incision en aile d'oiseau, partant en arrière du lobule et suivant les bord narinaires en dehors.

SEBILEAU et PORTINAU : font une incision sous-lobulaire minime. Un décolleur cutané est insinué au contact de l'arête nasale et permet le logement du greffon.

MAC INDOE : incision médio-columellaire.

Utilisée par SENECHAL, WILLEMOT, DUFOURMENTEL, RETHI.



Avec relèvement de la columelle.

- A - Gillies.
- B - Goughlin.
- C - Rethi.
- D - Gésoul. Meyer.

Incisions simples.

- E - Kazadjian.
- F - Portmann.
- G - Mac Indoe.

— Les Voies D'Abord de la base du Nez —

c) L'incision intra-orale : SCHMID (et les auteurs d'express° Germanique).

Incision horizontale de 3 cm environ dans le pli du vestibule, et à son milieu une incision verticale de 1 cm. Celle-ci facilite l'introduction du greffon.

En conclusion :

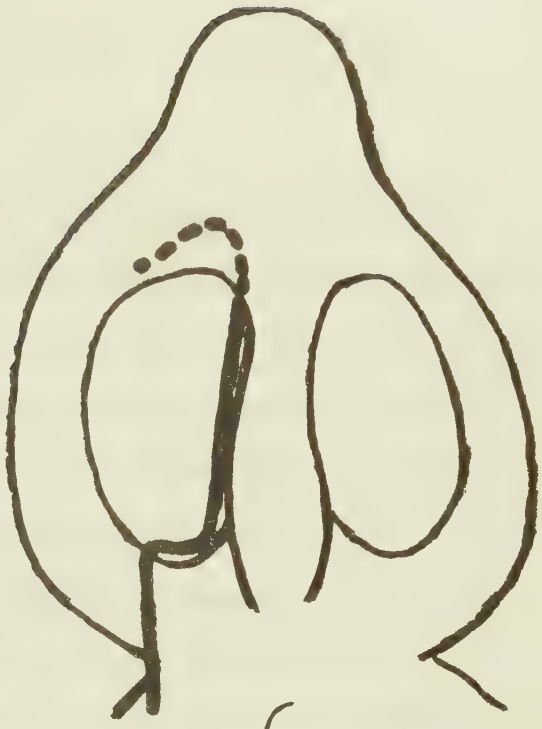
- Les voies directes sont exceptionnelles. Le soutien pourra être placé à travers une cicatrice pré-existante, à ciel ouvert ou lors d'un apport cutané.

- Le risque de névrose du lambeau columellaire mal vascularisé dans les voies d'abord à distance externe avec décollement de la columelle est disproportionné.

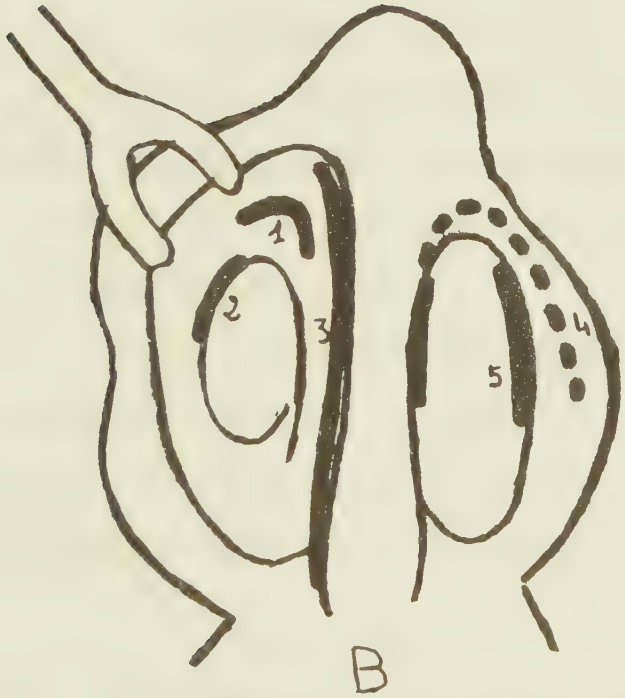
- Les incisions de la base du nez et surtout l'incision médio-columellaire de MacINDOE sont beaucoup utilisées en France. La cicatrice cutanée qui risque d'être exubérante ou rétractile peut compromettre le résultat esthétique. Par contre, cet abord a l'avantage d'être aseptique et de séparer la loge de la greffe des fosses nasales.

- Les voies endonasales font courir le risque de passer par une cavité nasale qui sera septique malgré tous lesefforts cependant, ce danger est moindre pour l'os que pour les substances inertes. Par contre, ces voies ont l'avantage d'être invisibles.

A



C



B

A - Incisions transfixiantes et intercartilagineuses classiques.

B - Les voies d'abord limitées = 1 - Galtier. 4 - Perret.
2 - Joseph-Galtier 5 - Farina.
3 - Holmes.

C - Incision de Mathews prolongée sur le seuil nasinaire.

= Les voies Endonasales =

II - La préparation du lit de soutien et la fixation interne.

A) Le décollement.

Il est fait dans le tissu cellulo-graisseux du nez. Il doit s'étendre d'un bout à l'autre de l'ensellure, à la taille de la greffe. Il est mené au ras de l'os et s'éloignera de la muqueuse et de la peau.

Cette manoeuvre est délicate, menée à l'aveugle. La partie la plus difficile à libérer est la pointe en cas d'abord vestibulaire (la dissection étant menée dans un sens rétrograde).

Des essais successifs en examinant l'aspect de la peau (flacide ou tendue) et en tentant de déplacer le matériau par manipulation du nez éviteront la tension excessive ou la grande mobilité.

B) Préparation du lit.

Ablation du périoste et avivement franc des os propres à la râpe, à la gouge ou même au ciseau frappé. FOMAN estime que ce plan est suffisant. En fait, pour beaucoup de chirurgiens, il faut le compléter par une fixation.

GRIGNON : des ostéotomies paramédianes, associées ou non à des ostéotomies latérales, permettent de mettre une, deux ou trois tranches minces osseuses, dans lesquelles le greffon osseux s'incarcère littéralement. Ainsi la vitalité osseuse est vraiment considérable.

C) Ostéosynthèse.

Pour CONVERSE, elle est nécessaire si l'on n'utilise pas un soutien columellaire.

1° - Technique de CONVERSE.

Après deux petites incisions latérales, un foret tournant à grande vitesse, transfixie les bords latéraux du nez près de l'angle naso-frontal et au passage, perfore la cloison. La broche est passée à travers une gorge spécialement faite au niveau de l'arête osseuse pour obtenir une protrusion de la broche au-dessus de la greffe. La broche est torsadée, coupée et le morceau restant repoussé dans le trou perforé. Les bords de l'incision sont suturés avec soin.

2° - TESSIER.

Il fait une ostéosynthèse au fil d'acier après perforation des os propres et de la cloison sous la greffe.

Le greffon est rigoureusement stable dans tous les sens, permettant d'éviter toute autre contention. Il considère toutefois que cette manoeuvre per-cutanée est parfois délicate.

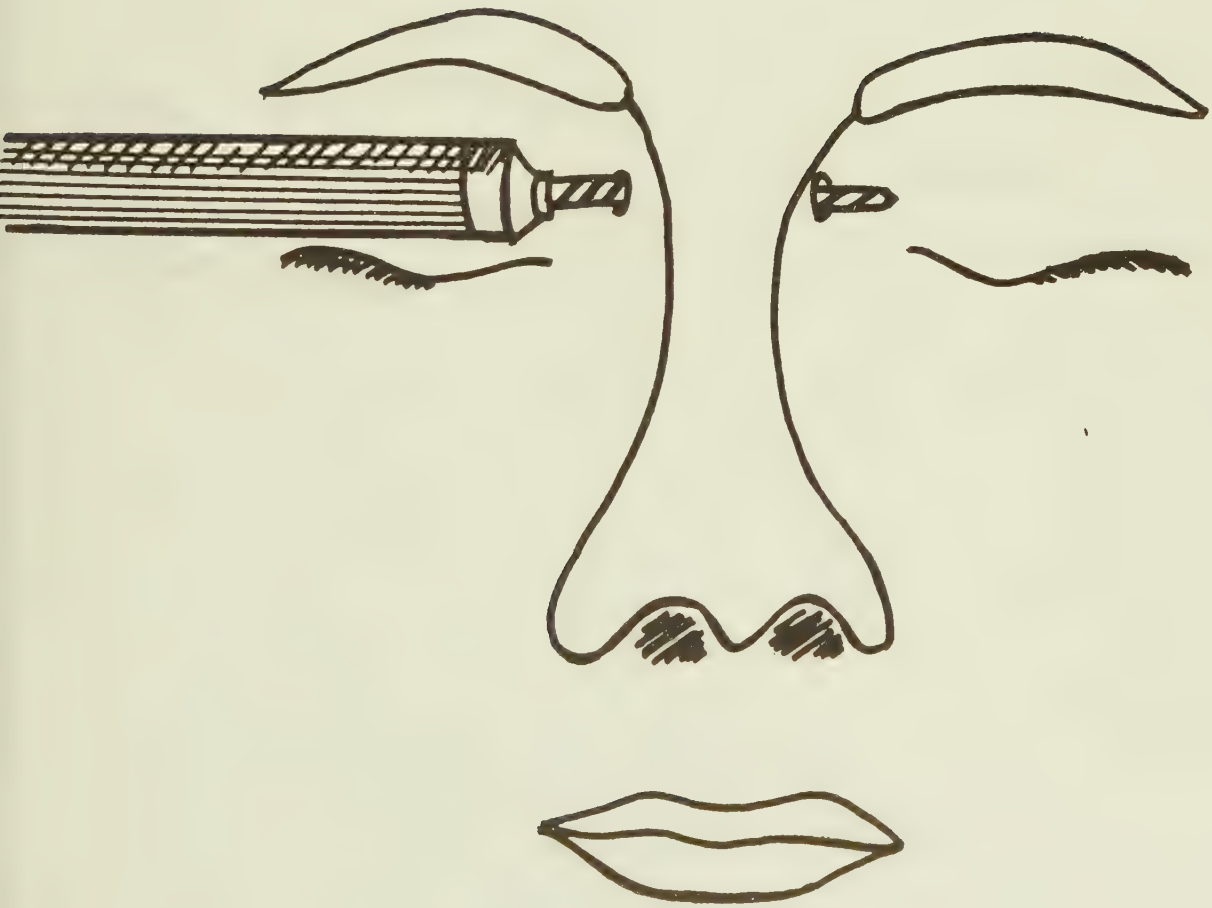
3° - GOSSEREZ.

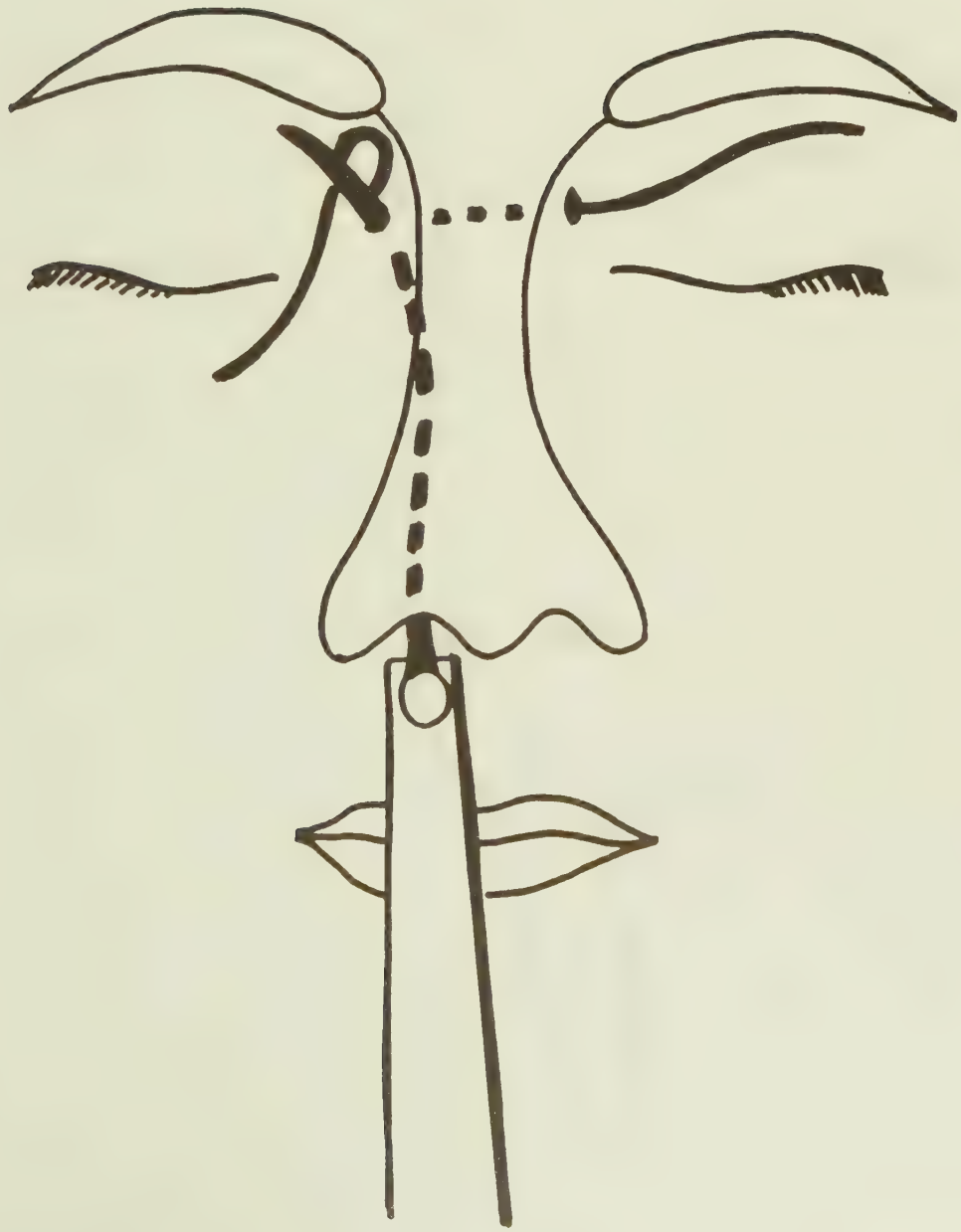
Fait une ostéosynthèse trans-maxillo-nasale.

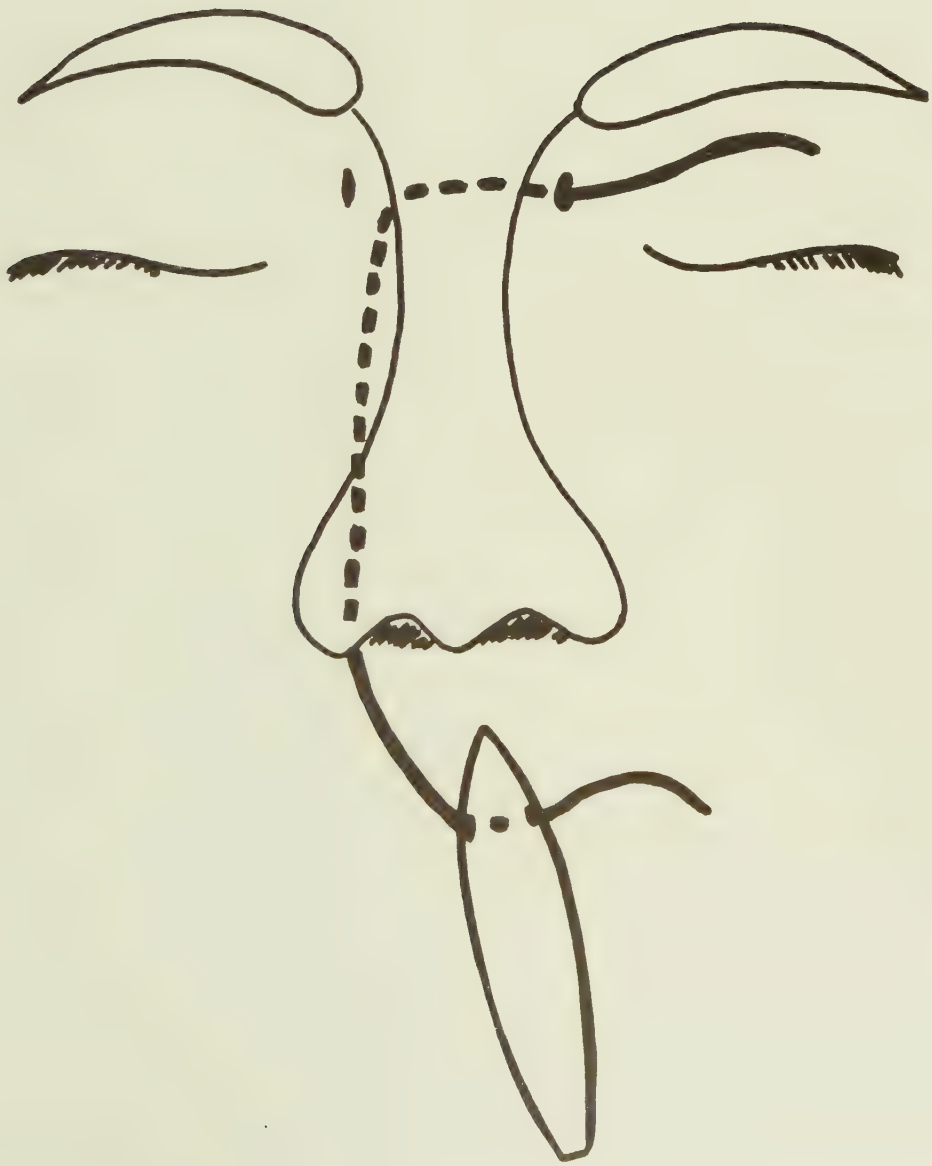
4° - Technique décrite par J.M. SOUBIRAN.

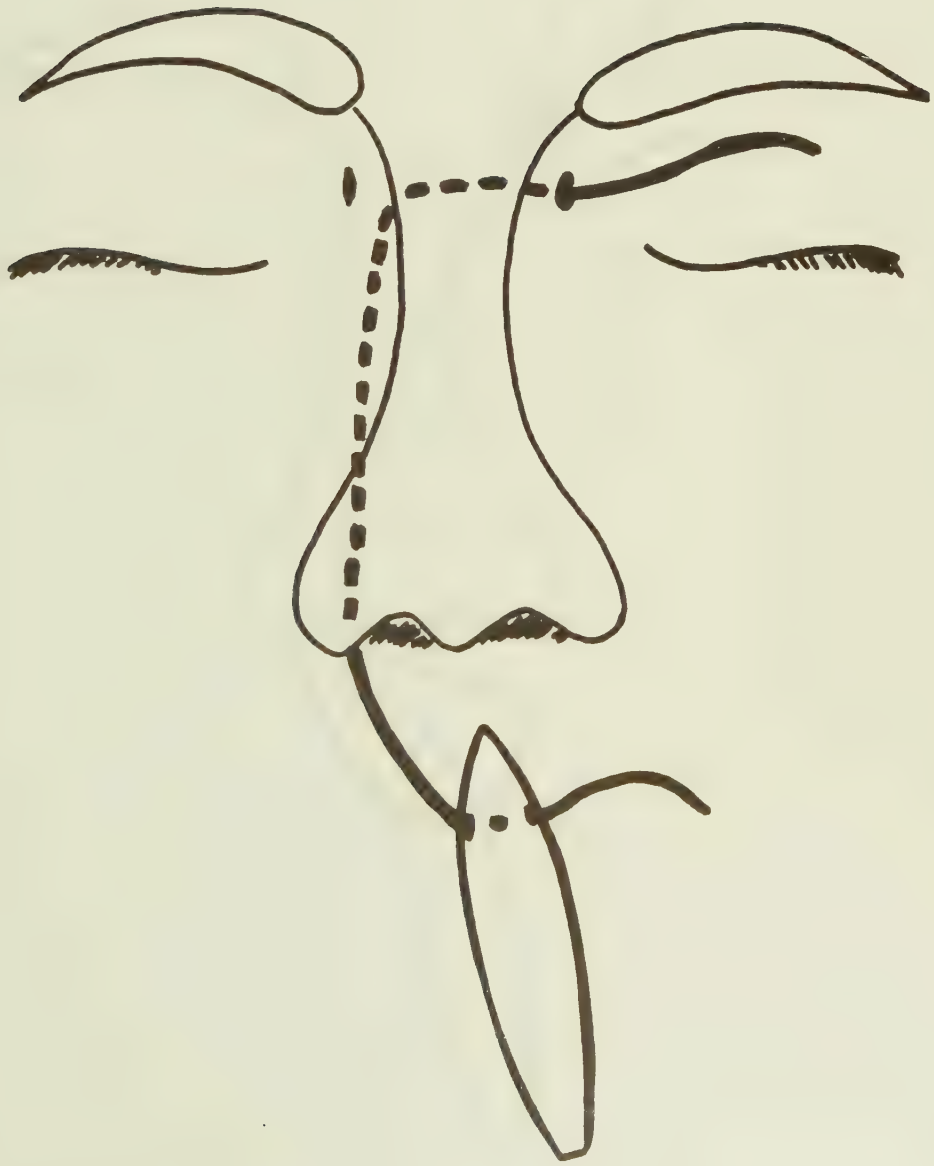
- Incision intersepto-columellaire droite élargie.
- Décollement.
- Une petite incision de 4cm environ est faite à lahauteur des parois latérales des os propres du nez, parallèle au grand axe du nez et à droite (en général).
- Un forêt de 1, 5 cm à 2 cm de diamètre et tournant à grande vitesse, transfixie les os propres près de l'angle naso-frontal.

1

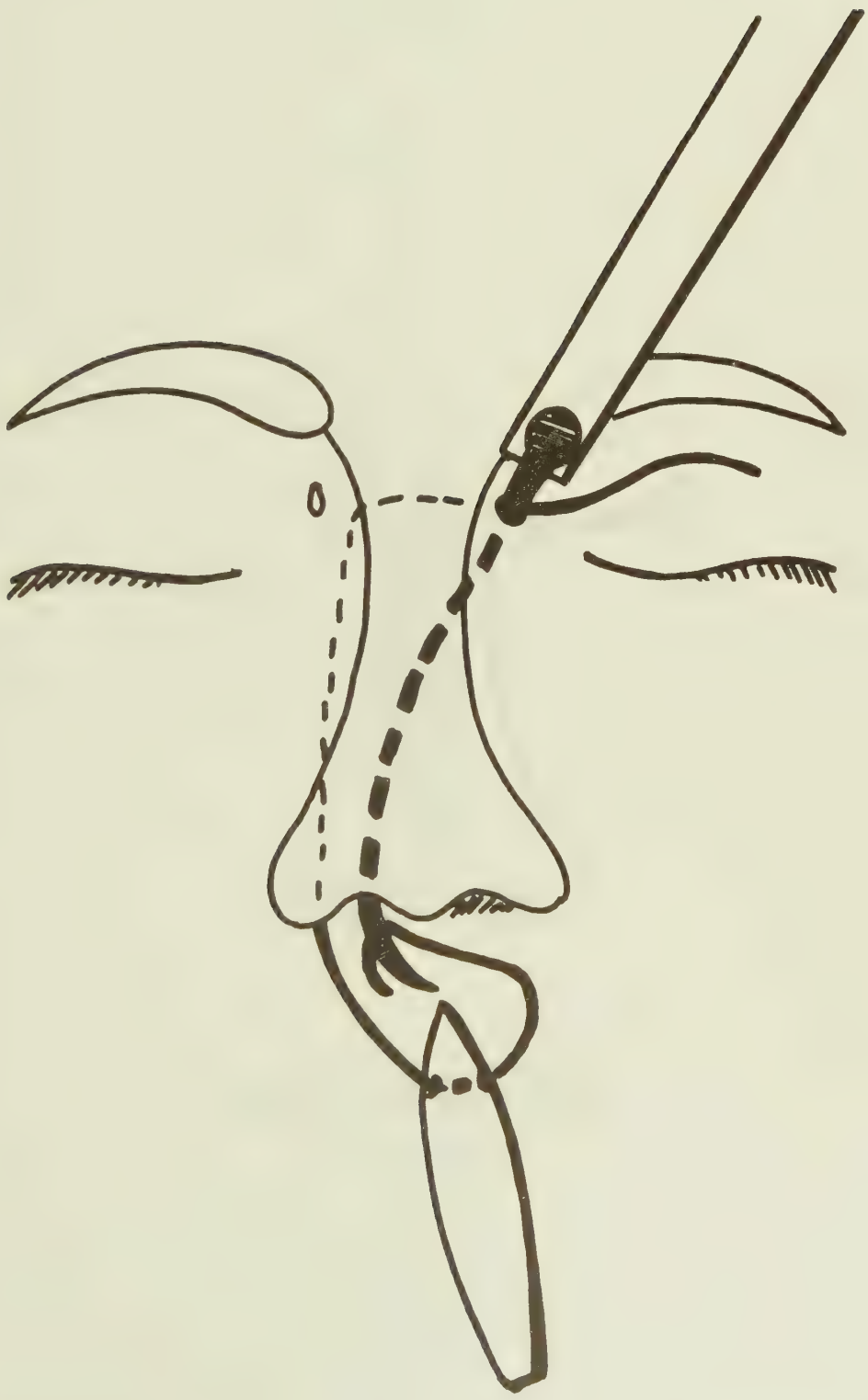


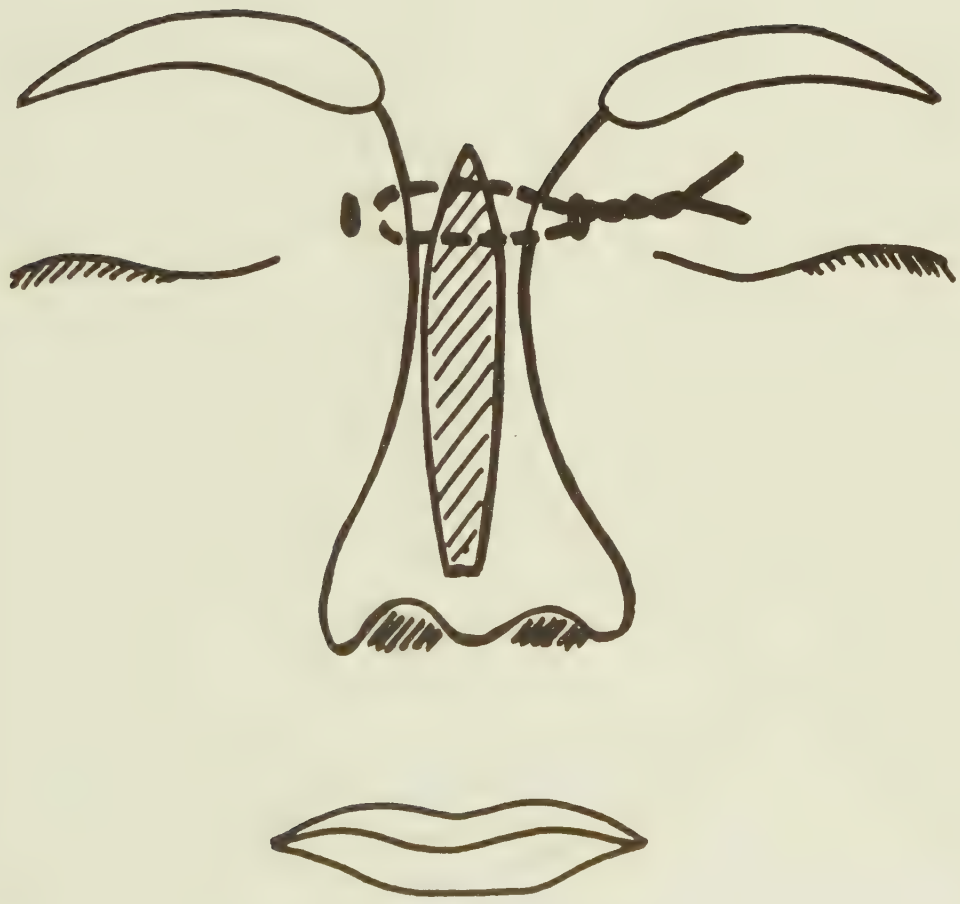


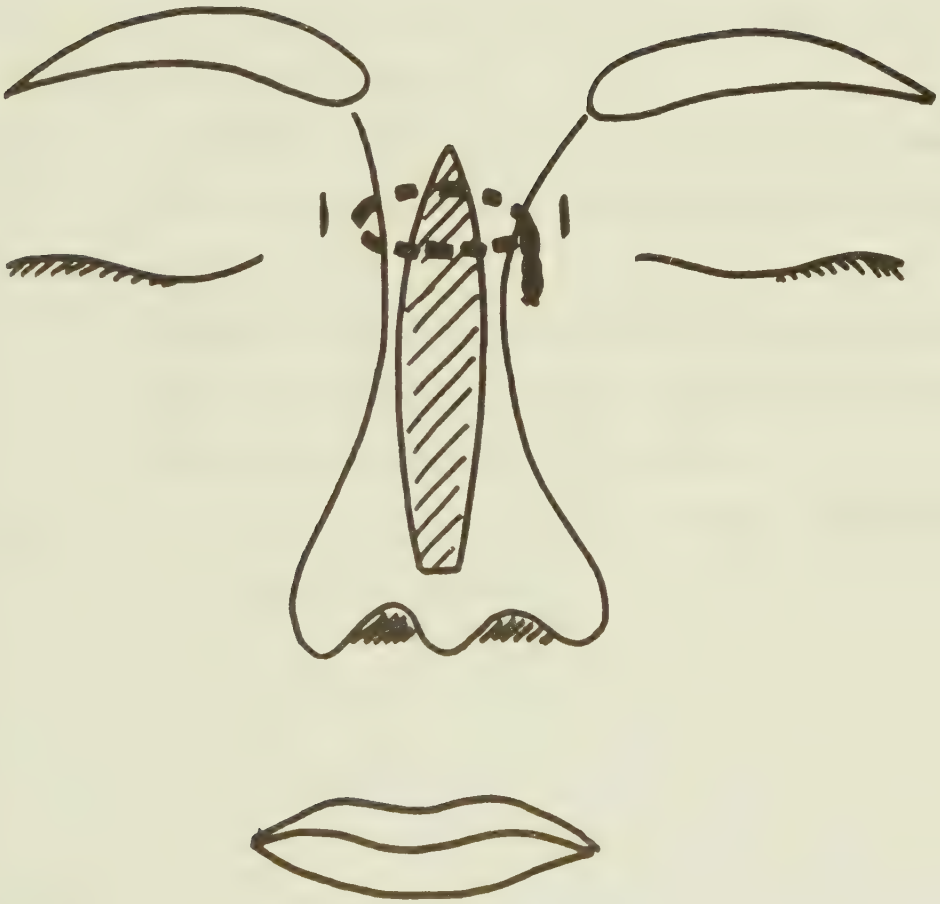




5







- Un fil d'ostéosynthèse de 4/10e de mm est ensuite passé dans ce canal. Une deuxième incision gauche ayant été faite en face de la sortie du foret une aiguille de Reverdin passant par la voie d'abord endo-narinaire, remonte entre la peau et la pyramide, sort par la petite incision latérale droite, et va ramener le fil vers le bas.
- Le greffon dorsal simple est ensuite transféré par ce fil d'acier (une perforation a été faite au foret au préalable).
- L'aiguille de Reverdin est repassée par l'incision latérale gauche pour aller chercher le fil d'acier et le ramener de bas en haut, et ressort donc à gauche.
- L'opérateur tire sur le fil d'acier pendant que l'aide maintenant la voie d'abord endo-narinaire bien écartée, dirige le greffon dans son logement.
- Lorsque le greffon est bien en place et que la boucle est bien serrée, on coupe les extrêmités du fil en laissant quelques torons qui sont enfouies sous la peau dans le trou perforé.
- On termine en suturant les deux incisions latérales avec un point au fil très fin (5 zéros).

III - Les soins post-opératoires.

A) Fermeture de la voie d'abord.

Elle doit être soigneuse pour protéger les structures modifiées dans lesquelles on a pu placer un greffon ou un implant. Pas de solution de continuité donc.

Elle est faite au catgut ou au nylon pour l'abord endonasal. Pour les incisions externes latérales, on fait un point avec un matériel très fin.

B) Contention.

La contention interne est réalisée par un mèchage à la Biogaze des deux fosses nasales ou par des compresses vaselinées.

La contention externe sera faite d'abord avec des sparadraps hypoallergiques micropores (surtout si on a modifié les cartilages de la pointe). Une tuile ou un plâtre selon les préférences du chirurgien, sont placés.

Eviter tout pansement compressif.

C) Traitement des premiers jours.

- Les malades sont mis systématiquement sous antibiotiques.
- Un traitement désinfiltrant permet des suites plus confortables.
- Démèchage : 48 heures.
- Plâtre : 15 jours.
- Cliché radiologique pratiqué dans les premiers jours, vérifiera la place du montage osseux.

D) Les soins des mois suivants.

Les sports violents, toutes expositions au traumatisme facial sont contre-indiqués.

Un cliché de la greffe est pratiqué le sixième mois.FARINA conseille d'espacer les suivants de six mois.

LE DEVENIR DE LA GREFFE OSSEUSE AUTOGENE

L'évolution de la greffe suivie par des radios tous les six mois a été étudiée par FARINA et DE AMICIS. Il se produit d'abord une décalcification, la greffe devenant moins opaque en 6 mois en moyenne. Ensuite, un liseré cortical se redessine. Il aura par la suite, les fonctions d'une corticale; en même temps se forme un cal.

La rigidité de la pointe est un ennui évitable par les techniques où l'extrêmité inférieure n'habite pas le lobule. La résorption amène une réduction de longueur de la greffe et libère secondairement le lobule.

(Enfin, un hématome persistant sera évacué sous protection antibiotique.

La greffe a la possibilité de s'harmoniser : les irrégularités vont s'estomper.

L E S C O M P L I C A T I O N S

1° - L'infection.

Elle se voit chez les porteurs d'infections rhinosinusiennes négligées. Une aseptie approximative. Un hématome.

La greffe subit alors une ostéite qui se traduit rapidement par une fente purulente, ou un abcès qui amène à retirer l'os.

2° - Le déplacement de la greffe.

Le nez est dévié ou effondré. La radio le confirme. Survenu spontanément ou à la suite d'un traumatisme minime.

Un greffon adapté à son lit ne basculera pas d'autant que la fixation est solide.

3° - La résorption.

ALLEN et GOLDMAN (1950) rapportent deux cas de résorption totale en 7 mois. Ils expliquant cet insuccès par un contact défectueux entre le greffon et son lit osseux.

4° - La fracture de la greffe.

Cette complication est courante. Il existe un facteur personnel d'exposition anormalement fréquente au traumatisme.

Beaucoup traitent cette fracture par réduction non sanglante, puis contention plâtrée.

Cet accident est finalement à verser au dossier favorable de la greffe osseuse qui se consolide comme un os normal.

L'homogreffe osseuse.

Dans l'homogreffe, l'os greffé est prélevé chez un autre sujet de même espèce.

FOMON la conseille pour tirer la peau dans un premier temps et DUFOURMENTEL contre-indique ce matériau.

L'hétérogreffe osseuse.

L'os est ici prélevé chez un donneur d'espèce totalement différente du receveur(veau, monton, poulain). Ce tissu est un véritable corps étrangers, relativement toléré et habituellement résorbé.

OBSERVATIONS

--

PREMIERE OBSERVATION

Madame Jacqueline P..., née en 1935, demeurant à Ajaccio - Corse. Elle est adressée le 31.1. 69 par le Docteur DEBOISE au Docteur SOUBIRAN pour : effondrement de la cloison plus perforation.

Histoire de la maladie.

Madame Jacqueline P. a subi en 1958, une résection sous-muqueuse de la cloison pour obstruction nasale. Dans les suites opératoires, on note un effondrement de la partie cartilagineuse de la pyramide nasale.

Actuellement, le nez est aplati et il existe une perforation septale antérieure immédiatement en arrière de la cru mésiale.

Compte-rendu opératoire le 2/4/69.

1) Prise d'un greffon iliaque gauche par le Dr. FONTANEL.

2) Incision de rhinoplastie unilatérale dans la narine droite. Décollement, avivement à la râpe de Malce. Mise en place du greffon iliaque qui est maintenu au niveau frontal par une ostéosynthèse au fil d'acier 3/10è. Mèche grasse. Plâtre.

Les suites opératoires.

Traitement : - colimicine 2 M pendant 4 jours.

- ✓ mucase 2 pendant 4 jours.

A partir du 5è jour : pénétracyne 8c/j pendant 4 jours.

Le 17/4/69 : 15 jours après intervention : ablation du plâtre et des fils. L'aspect est excellent.

Le 16/5/69 : après un mois : parfaite cicatrisation dans le nez.

Le 24/10/69 : bon résultat. Photo.

Le 26/3/71 : six mois après le dernier examen :

- greffe parfaitement tolérée,
- cliché de contrôle.

DEUXIEME OBSERVATION.

Mademoiselle Marie-Dominique G.M.., née le 2/4/48 dans le Finistère et demeurant à Paris, est adresséе le 28/5/69 par le Docteur MUREZ au Docteur SOUBIRAN pour : rhinoplastie chez une jeune fille opérée d'un bec de lièvre.

Histoire de la maladie.

Opérée à l'âge de 4 ans. Cette intervention aurait fermé le tout en un temps. Depuis plus rien, à part un traitement orthodontique aux alentours de 9 ans.

Actuellement : lèvre supérieure bien. La cicatrice est discrète. La fente palatine est comblée dans son ensemble. En arrière, luette bifide. Voile bien. Tiers postérieur du palais bien.

Plus en avant, persiste une fissure de la première prémolaire à l'espace entre centrale et canine gauche.

RAA en 1964 : on la met sous antibiotiques avant l'intervention.

Compte-rendu opératoire le 27/6/69.

1) Prélèvement d'un greffon iliaque. Incision de 5 cm sur la crête. Prélèvement de la crête et de la table externe à 2 cm en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure.

2) Rhinoplastie - correction de la crête. Incision endo-narinaire. Décollement entre la muqueuse et la peau. Mise en place d'un greffon en navette qui est fixé à sa partie supérieure par un fil d'acier de 3/10è, transfixiant les os propres. Fermeture de la muqueuse. Mèche endo-narinaire. Plâtre.

Suites.
On continue les antibiotiques pendant 4 jours. Plâtre enlevé le 15 ème jour. Résultat très satisfaisant.

TROISIEME OBSERVATION

Mademoiselle Octavie P..., née le 19/4/1947, demeurant au centre hospitalier de Brévannes, vient consulter pour :

- nez racial épaté, sans support cartilagineux.
- trouble de la perméabilité.

Compte-rendu opératoire le 23/12/69.

1) Prélèvement d'un greffon osseux costal au niveau de l'hémithorax droit. Suture en deux plans. Pansement compressif.

2) Mise en place par abord endo-narinaire droit du greffon qui est synthésé au fil d'acier 4/10è par la technique habituelle.

Mèche grasse. Plâtre.

Suites.

Traitement : Lincocine 4 pendant 4 jours.

Colimycine 2 M pendant 4 jours.

2 c pendant 4 jours.

A partir du 5è jour : pénétracyne 8 c pendant 4 jours.

Le 26/12/69 :

Bon état général. Pas de phénomènes locaux.

Le 5/1/70 : 13 è jour.

Ablation du plâtre. Va bien. Radio de contrôle.

Le 20/1/70 :

Très bon résultat. A revoir dans un mois.

QUATRIEME OBSERVATION.

Mademoiselle Nadiana K..., née le 30/1/47, demeurant à Abidjan, nous est adressée par son médecin traitant pour : rhinoplastie.

Histoire de la maladie.

Le 10/7/68 : traumatisme de la voie publique ayant occasionné aux dires de la malade : - fracture avec enfoncement des os propres du nez,

- fracture des 3 dents supérieures. Communication bucco-sinusale,

- fracture de la mandibule.

Elle a subi un blocage pendant 3 mois + prothèse palatine obturatrice et restauratrice de l'arcade dentaire supérieure.

Septembre 69 : opérée par le Dr. VAILLANT pour la communication buccu-sinusale. Les résultats sont bons et on envisage :

1) greffe nasale + maxillaire supérieur gauche pour soulever aile du nez + plastie Loebster.

2) Pseudoprognatisme. Bilan photo.

Compte-rendu opératoire le 28/1/70

1er temps : prélèvement d'un greffon iliaque. Fermeture sur aspiration à la Redon, par nylon.

2ème temps : Au point de vue nasal :

On pratique une résection des os propres du nez qui servira de logement au greffon iliaque d'arête, qui a été précédemment taillé. On le glisse dans la poche prévue à cet effet et après rectification de la longueur, on l'ostéosynthèse aux os propres par un fil d'acier passé d'une part dans une perforation des os propres du nez, faite à la fraise revenant en sous-cutané entre la peau et le greffon. Le fil est serré et réintègre sous la peau du nez de façon à réaliser une greffe en porte à faux.

Suites : Elle sort 10 j après. Les suites ont été sans problèmes.

CINQUIEME OBSERVATION

Madame Jeanne G..., née le 31/7/33, demeurant à Gonnard, est adressée par le Dr. BENOIST pour rhinoplastie.

Histoire de la maladie.

Communication bucco-nasale importante. Appareillée il y a 6 ans, après résection du tubercule médian, cette patiente présente une fente labiale bilatérale. Vient pour faire faire une 2 ème prothèse avant de partir pour l'Afrique.

Compte-rendu opératoire le 6/6/72.

1) Prélèvement d'un greffon costal de 5 cm dans le sillon mammaire droit.

2) Tunélisation par une incision inter-septo-columellaire au niveau de la narine droite et décollement de la peau de la face dorsale du nez. Mise en place d'un greffon qui a été au préalable modelé et introduit dans la cavité;ostéosynthèse. Suture en un plan au flexo 10 et plâtre.

Suites.

Le 21/6/72 : 15 è jour.

Sort. Après ablation du plâtre. Antibiotiques pendant 4 jours. Résultat très satisfaisant.

Le 30/6/72 : localement bien. Mais a reçu un traumatisme avec craquement, sur son greffon. On la reverra dans trois mois.

Le 29/9/72. Radio de contrôle : pas de déplacement. Va bien.

Le 26/1/73 : greffe parfaite.

SIXIEME OBSERVATION.

Monsieur Paul S..., âgé de 23 ans (29/9/72) demeurant à Paris, est adressé par le service de chirurgie de la Pitié pour : Examen stomatologique : coups de poing + dents cassées.

Histoire de la maladie.

A reçu plusieurs coups de poing dans la nui du dimanche 3 au lundi 4 mars.

Examen : Plaie au dessus de l'arcade maxillaire gauche. Pas de tuméfaction.

Arcade supérieure : edentation de toutes lesincisives supérieures

Areade inférieure : d1d2 manquent.

Par ailleurs, il existe une perforation du palais antérieur datant de l'enfance et un problème nasal : nez large effondré.

Compte-rendu opératoire le 7/11/72.

1) Prélèvement d'un greffon costal droit au niveau de la 7 ème côté.

2) Modelage de ce greffon qui est taillé en navette et introduit par une voie intersepto-columellaire droite dans le nez. Ostéosynthèse au fil d'acier selon la technique habituelle. Fermeture en un plan au catgut. Plâtre. Mèche grasse.

Suites.

Traitement : péni-coli pendant 3 jours

Bactérine les 5 jours suivants.

Le 20/11/72 : ablation du plâtre. Résultat satisfaisant. Sort.

R E S U L T A T S

Dans les six observations que nous avons rapportées, on a utilisé trois fois un greffon iliaque. Nous pensons que c'est le greffon de choix, car son pouvoir d'ostéogénèse est considérable. Le greffon costal a été aussi utilisé trois fois. Il permet d'apporter, sous un petit volume, une grande surface d'os spongieux. Son prélèvement en sous-périosté, s'il demande un peu de prudence, n'est pas plus dangereux que celui d'un fragment iliaque ou tibial et beaucoup moins hémorragique et ne fragilise pas l'élément osseux donneur.

Quant à l'étiologie, elle est souvent traumatique donnant une ensellure simple ou associée.

La voie d'introduction a été toujours endonasale. Plusieurs incisions ont été décrites, elles sont toutes très commodes, nous avons souvent utilisé la voie intersepto-columellaire droite.

Une ostéosynthèse au fil d'acier a été toujours pratiquée avec un greffon dorsal simple de soutien. Cette ostéosynthèse dans les six observations a été faite selon la technique décrite par J.M. SOUBIRAN. Le greffon n'a jamais basculé en avant, le fil d'acier n'ayant pas laché. La résorption existe toujours, mais s'est très vite stabilisée en un an.

Dans une observation, on a noté un traumatisme dans les suites immédiates, sur le greffon mais aucune fracture ni déplacement n'ont été notés.

Le résultat esthétique a été toujours très satisfaisant, avec conservation de la pointe du nez très souple.

C O N C L U S I O N

Au terme de cet exposé on s'aperçoit que la greffe osseuse et plus précisément la greffe osseuse autogène, est un très bon procédé de reconstitution de la pyramide nasale ostéocartilagineuse effondrée.

La multiplicité des techniques proposées montre la difficulté du problème.

Nous apportons, enfin, une méthode dans la technique d'ostéosynthèse qui peut être très utile. Cette méthode est très simple, aucune manoeuvre n'est véritablement délicate ; très efficace et très esthétique lorsqu'elle est bien conduite.

Cependant, sa meilleure indication est le greffon osseux dorsal, avec un abord endo-narinaire.

B I B L I O G R A P H I E

ALBERTENGO, A.G. - Rhinoplastia. Correcianes del dorso nasal - Anales de cirurgia, 100-107, 1967.

ALLEN, B. ; GOLDMAN, I.B. - Absorption of nasal autogenous cancellous bone grafts. - Eye, ear, nase Thr. Morethly, 29, 432, 1950.

AMICIS de E. - La correzione delle insellature nasali cou minesti asseianto plastici. - Arch. ital. otol. 68, 1, 65-100, 1967.

APPAIX, A. ; PECH, A. ; CACHIER, S. - L'anesthésie en oto-rhino-laryngologie.- Rapport Soc. Franc. O.R.L. Congrès 1964. Librairie Arnette.

ANDERSON, J.R. - A new approach to rhinoplasty. - Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaryng., 70, 183-192, 1966.

ANDERSON, A.J. ; LE COCQ, J.F. - Clinical evolution of processed heterogenous bone transplant. - Clin. Orthop. 29, 248, 1963.

AUBRY, M. - La greffe osseuse dans la chirurgie de la face - Actualités Otorhinolaryng., 5-15, 1955.

AUBRY, M. ; GRIRAUD, J. CH. et coll. - Chirurgie fonctionnelle corrective et restauratrice du nez. La rhinoplastie. - Rapport Soc. Franç. O.R.L. Congrès 1956. Librairie Arnette.

AUBRY, M. ; SENECHAL; G. - L'incision endobuccale vestibulaire dans la chirurgie de la pyramide nasale - Ann. Oto-Laryng. Paris, 77, 39, 740-744, 1960.

AUBRY, M. ; JOST, G. - Malformations nasales - E.M.C. traité O.R.L. Fasc. 203/5 A 20, p. 14, 2, 1963.

BARSKY, A.J. - Principles and pratices of plastic surgery. 499 p. The Williams et Wilkins cy, Baltimore, 1950.

BECKLINS, G.J. - Traumatic deformities of the nose. - J. Mich. Med. Soc., 62, 12, 853-860, 1964.

BERSON, M.J. - Atlas of plastic surgery. 336 p. 2ème ed. Gurne et Stratton. New York, 1963.

BLOOM, S. - Management of the iliac crest bone graft. Course in rhinoplasty. - Goldman, 1959.

BRYDAN SMITH, J. - The wire fixation of autogenous bone graft in the difficults rhinoplasty. - Arch. Otolaryng. Chicago, 64, 140-147, 1956.

CALZOLARI, L. - Reconstruction de la pyramide nasale médiane par une greffe autogène iliaque et derniers résultats. - Sez di Chir. Pl. et Rec. Ateneo parnense 35, suppl. 2 (31-51) 1964.

CANNONI, M. - La chirurgie correctrice de la pointe du nez. - Thèse, Marseille. 200 p. Massilia impr. Marseille, 1968.

CHANG - The surgical treatment of saddle nase. - Chir. Med. J., 84, 8, 554-557, 1965.

COHEN, L. - Bone and cartilage grafting in correction of external deformities of the nose - South med. J. 12, 151, 1919.

CONVERSE, J.M. - Technique of bone grafting for contour of the face. - P.R. Surg. 14, 332-346, 1954.

CONVERSE, J.M. ; CAMPBELL, R.M. - Bone graft in surgery of the face. Surg. clin. North Amer. 34, 375-, 1954.

CONVERSE, J.M. - The cartilaginous structures of the nose - Ann. Otol. St Louis, 64, 220, 1955.

CONVERSE, J.M. - Reconstructive plastic surgery. T2 - 742-752 ; W.B. Saunders Cy, Philadelphie, Landres 1964.

DINGMAN, R.D. - Correction of nasal deformities dacta defects of the septum - Plastic. Reconstr. Surg., 18, 4, 291-304, 1956.

DIWAN, V.S. - Nasal deformities of leprory - Brit. J. Plast. Surgery, XXI, 3, 295-320, 1968.

DRUMHELLER, G.H. - L'os lyophilisé en chirurgie de la pyramide nasale et du septum - Northw. Med., 66, 3, 258-259, 1967.

DUCLOS et DUMAS, P. - Utilisation de cartilage hétérogène pour la correction des déformations de la pyramide nasale - Soc. Ondonto. Stom. de Lyon, 15, 1952.

DUFOURMENTEL, L. - Chirurgie correctrice du nez - Monographies O.R.L. Internationales, 234 p, P.U.F. Paris 1926.

DUFOURMENTEL, C. ; MOULY, R. - Chirurgie plastique - 103-115 et 663-676 - Flammarion, Paris 1959.

FARINA, R. - Déformations de l'arête nasale dues à la lèpre (correction par greffe osseuse) - Ann. Chir. Plast. Paris, Juin 1964.

FARINA, R. - Déformation de l'arête nasale par perte de substance - Plastic Reconstruction surgery, 38, 4, 1966.

FOMON, S. - Saddle nose and the L shaped graft - Arch. Otolaryng., Chicago, 71, 6, 932-937, 1960.

FONTAINE, R. - Valeur des greffes osseuses - Ann. Chirurgie, 19, 9-10, 591-600, 1965.

GALTIER, M. - Chirurgie esthétique nasale (nez ensellé 171-204) - Doin, Paris, 1950.

GARELLI, F. - Chirurgia plastica del naso. - Minerva Medica ed., 1950.

GILLIES, H.D. ; MILLARD, D.R. - The principles and art of plastic surgery - Little Brown cy, Boston, 1957.

GOLDMAN, I.B. - Critical evaluation of nasal autogenous concellous bone graft.- Eye, ear, nose Thr. Monthly , 42, 4, 90, 1963.

GONZALES-ULLOA, M. - Quantitative principles in cosmetic surgery of the face (profiloplasty) - P.R.S., 29, 2;1962.

GOSSEREZ, M. - Les lésions profondes dans lesfractures du nez par écrasement. Diagnostic radiologique - Traitement par transfixion métallique - Ann. Chir. Plast., 32, 3, 189-200, 1956.

GRIGNON, J.L. - Les échecs des rhinoplasties - Ann. Oto. Laryng., Paris, 80, 1-2, 51-72, 1963.

GUILLEMINOT, M. - Greffes hétéroplastiques. Derniers résultats en chirurgie humaine - Lyon Chir., 19-322, 1954.

HAAS - Expérience avec la greffe osseuse de Kiel pour la correction du nez ensellé - Z. Laryng. Rhinol., 42, 6, 440- , 1963.

HOLMES, E.M. - Symposium : correction rhinoplastic surgery - Trans. Amer. Acad. Ophtal. Otolaryng., 68, 1964.

HONDA, Y. - Reconstruction chirurgicale du nez ensellé - Proc. Int. Cangr. O.R.L., 1965.

KLUZAK, R. - L'autorésorption de la greffe - Ann. Chir. Pl., 8, 3, 1967.

JAUSSERAN, M. - Le traitement chirurgical des ensellures nasales - Thèse Méd. Marseille, 1969, n° 21.

LEVIGNAC, J. - Les greffes osseuses dans la réparation de la face - Ann. Otolaryng Paris, 1961.

LYNDAU, A.P. - Autogenous bone transplant in human - P.R.S., 1954.

MARTIN, B.C. - Cancellous bone graft for restoration of nasal contour - P.R.S., 3, 202, 1948.

MAURE, E.J. - Technique chirurgicale O.R.L. - T. II, 289 p., Doin, Paris, 1924.

MOWLEM, R. - Transplantation of Bone - B.J.P.S., 9, 231, 1952.
Bone graft - B.J.P.S., 16, 4-293, 1963.

NEVEU, M. - Problèmes posés par la cloison au cours des rhinoplasties. - J. Français O.R.L., 14, 3, 257-259, 1965.

GLUNORI - Surgical treatment of saddle nose - P.R.S., 36, 1, 1965.

PAILLER, R. ; TESSIER, P . - Traumatismes fermés et pertes de substances du nez : l'effondrement. - C.R. Séances Soc. O.R.L., Congrès 1956, 78-80 ; Arnette, Paris, 1957.

PERRET, P. - La greffe osseuse en chirurgie nasale - Pract. O.R.L., Basel, 23, 3, 199-206, 1961.

PEYRUS, J. - Chirurgie plastique du nez - 134 p. (nez ensellé 57-72) - Caumgli ed., Lyon, 1956.

POLLET, J. - Fracture des greffes osseuses nasales - Bull. mens. Soc. Chir., Paris, 54, 4, 114-151, 1964.

POLLET, J. - Le devenir des greffons de Kiel utilisés pour la rhinoplastie correctrice - Ann. Oto. Laryng., 84-89, Paris, 1967.

PORTMANN, G. - Traité de technique opératoire O.R.L. (Nez ensellé T..I, 470-474), 3è ed. Masson, Paris, 1962.

ROBIN, J.L. - Transplantation d'os mastoïdien - Ann. Chir. Plast., 1958.

SAN-KUEVO-ROSSELI, G. - Chirurgia plastica del naso - L. Passi ed. Roma, 1931.

SECAIL, J. - Traité de chirurgie plastique - 885 p. E.S.F. Paris, 1955.

SENECHAL, G. - Les nez ensellés - Ann. O.R.L. Paris, 84-12, 1967.

SENECHAL, G. - Un nouveau procédé de greffe osseuse dans le traitement des ensellures nasales - Ann. O.R.L. Paris, 85- , 6, 605-608,1968.

TESSIER, P. - Rhinoplastie et rhinopoïèse post-traumatique - Gaz. Med. France, 73, 3, 499-539, 1966.

TESTUT, L. ; LATARJET, A. - Anatomie humaine - G. Doin, Paris, 1949.

WILLEMOT, J. - Chirurgie plastique et O.R.L. 1ère partie : Rhinoplastie correctrice - Nez ensellés - Acta O.R.L. Belg., 21, 3-4, 232-460 1967.

VU, le Président de Thèse

Monsieur le Professeur CERNEA

VU, le Doyen de la Faculté de Médecine

Paul CASTAIGNE

Vu, et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET